

ALESSANDRA DEALTINA BAUER

**SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA INFANTO-JUVENIL: ASPECTOS
PSICOLÓGICOS E RELAÇÕES COM O DESEMPENHO ACADÊMICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação, Linha de Pesquisa Cognição, Aprendizagem e Desenvolvimento Humano, da Universidade Federal do Paraná, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientadora: Prof^a Dr^a HELGA LOOS

CURITIBA
2007

Catálogo na Publicação
Aline Brugnari Juvenêncio – CRB 9ª/1504
Biblioteca de Ciências Humanas e Educação - UFPR

Bauer, Alessandra Dealtina

Sintomatologia depressiva infanto-juvenil: aspectos psicológicos e relações com o desempenho acadêmico / Alessandra Dealtina Bauer. – Curitiba, 2007.

182 f.

Orientadora: Profª. Drª. Helga Loos

Dissertação (Mestrado em Educação) – Setor de Educação, Universidade Federal do Paraná.

1. Afetividade. 2. Depressão em crianças. 3. Depressão na adolescência. 4. Self (Psicologia). 5. Cognição. 6. Desempenho acadêmico. I. Título.

CDD 370.153



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO



PARECER

Defesa de Dissertação de **ALESSANDRA DEALTINA BAUER** para obtenção do Título de MESTRE EM EDUCAÇÃO. Os abaixo-assinados: DR^a HELGA LOOS, DR. MAKILIM NUNES BAPTISTA, DR^a LÍDIA NATÁLIA DOBRIANSKYJ WEBER e DR^a SANDRA REGINA KIRCHNER GUIMARÃES argüiram, nesta data, a candidata acima citada, a qual apresentou a seguinte Dissertação: **“SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA INFANTO-JUVENIL: ASPECTOS PSICOLÓGICOS E RELAÇÕES COM O DESEMPENHO ACADÊMICO”**.

Procedida a argüição, segundo o Protocolo aprovado pelo Colegiado, a Banca é de Parecer que a candidata está apta ao Título de MESTRE EM EDUCAÇÃO, tendo merecido as apreciações abaixo:

BANCA	ASSINATURA	APRECIÇÃO
DR ^a HELGA LOOS		Aprovada
DR. MAKILIM NUNES BAPTISTA		Aprovada
DR ^a LÍDIA NATÁLIA DOBRIANSKYJ WEBER		Aprovada
DR ^a SANDRA REGINA KIRCHNER GUIMARÃES		Aprovada

Curitiba, 29 de agosto de 2007

Profª Drª Tânia Maria Baibich-Faria
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Educação

Com todo meu amor aos meus pais, Paulo e Isolde, que me proporcionaram uma infância saudável e feliz, cujas recordações infantis mantenho na memória e no coração, e os maravilhosos frutos são colhidos pelo curso de minha vida...

Ao querido Paulo, que conheço há tempos não definidos, sentimento que não se reduz ao terreno, com quem aprendi que amar é ir além do possível e do imaginável...

Aos meus irmãos, Marlon e Karine: que sempre existam entendimentos, reconstruindo constantemente nossos laços de carinho como nossos pais nos ensinaram com liberdade...

À minha orientadora, que me emociona quando fala com o coração.

À minha grande e eterna amiga Caroline Capraro, exemplo de humildade, força e persistência; guerreira, sorriu até o último momento. Obrigada pelas lembranças lindas: adolescência, faculdade, nossa casa, comidinhas, festas, confidências, músicas, retratos, muitas besteiras; saudades...

AGRADECIMENTOS

Pai, mãe... obrigada pelo direcionamento oportunizado e priorizado aos meus estudos. Obrigada, principalmente, pela liberdade proporcionada sem esboçar sombra de dúvidas quando precisei escolher meus caminhos, e pelo estímulo e elogios quando acertava em minhas escolhas.

Paulo, obrigada por ter feito parte da minha vida; por escolher ficar ao meu lado; por acreditar em mim; por se emocionar com minhas conquistas.

Marlon e Karine, obrigada pelo estímulo quando elogiavam minhas habilidades intelectuais, pois me ajudavam a aprender a acreditar nela, construindo meu autoconceito, reforçando minha autoestima e segurança.

Minha gratidão a minha prima e amiga de todas as horas, Anyéle, que me ajudou com carinho; à Regina, modelo para meus estudos; a minha amiga do peito Camila (Cacá) que reservou muito de seu tempo para me estimular, muitas vezes apenas com sua agradável e indispensável presença; a minha irmã do coração Jéssica, a quem eu agradeço e dedico muito do que conquistei.

Dr. Roberto Andersen, obrigada pelo auxílio, principalmente nestes últimos meses, difíceis. Meu respeito e minha amizade por você são imensos.

A minha orientadora florzinha, Helga, agradeço primeiramente a credibilidade em minha capacidade e interesse; agradeço a disposição, o carinho e a atenção tão claros e sinceros; agradeço pelo estímulo e também pelas ótimas conversas. Você é uma pessoa repleta de luz!

À equipe do Centro de Neuropediatria do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná agradeço pelo apoio. Agradecimentos especiais ao Prof^o. Dr. Sérgio Antoniuk, que me recebeu de braços abertos, abrindo possibilidades, ampliando meu conhecimento e tornando possível a pesquisa de campo.

Agradeço aos profissionais da escola que acolheu sem titubeios o trabalho de campo lá realizado, especialmente às Orientadoras Pedagógicas, à Diretora e à Vice-Diretora, pela atenção, pelos materiais, espaço e tempo cedidos e por acreditarem que seus alunos mereçam atenção constante e cuidados.

Agradecimentos especiais aos alunos da escola, que se submeteram pacientemente às testagens, interessaram-se pelos resultados, contribuíram sem exceções, colaborando essencialmente para a efetivação deste trabalho.

Muito obrigada Prof^o Bruno Churata, Coordenador do Laboratório de Estatística da UFPR, por dispor de seu tempo e conhecimento preciosos, sempre atencioso. Agradeço ao Marcos Cordeiro e ao Adriano Maximiliano, alunos do Curso de Graduação em Estatística, pelas horas de empenho, conversas e explicações infundáveis sobre este universo numérico... aprendi muito!

Por último, mas não menos importante agradeço a companhia, o auxílio e o carinho dos amigos que fiz durante este percurso, dentro da UFPR: Gina, Susana, Rosseline, Édison, Viviane, Aline, Cristiane, Luciana, Marlene, Arlete, Martha, Martinha, e muitos outros...

O essencial é saber ver,
Saber ver sem estar a pensar,
Saber ver quando se vê,
E nem pensar quando se vê
E nem ver quando se pensa
Mas isso “triste de nós, que trazemos a alma vestida”
Isso exige um estudo profundo
Uma aprendizagem de desaprender

(Fernando Pessoa)

RESUMO

O estudo investigou o índice de sintomatologia depressiva em alunos de uma escola pública em Curitiba, assim como dados referentes às suas crenças relacionadas ao *self* e às notas escolares, delineando correlações entre desempenho acadêmico, crenças autorreferenciadas e possíveis indicadores de humor rebaixado. Como embasamento foi descrita a interação entre duas importantes dimensões humanas, a cognição e a afetividade, assim como também os elementos que a compõem: autorregulação e crenças autorreferenciadas. A coleta de dados foi feita por meio de escalas padronizadas e de material fornecido pela escola referente ao desempenho dos estudantes. Em uma primeira etapa, foi aplicado o instrumento CDI, com o ponto de corte 19, em 322 estudantes de 5ª a 8ª séries do Ensino Fundamental e do 1º ao 3º anos do Ensino Médio, delineando os indicadores da sintomatologia depressiva da amostra. Na segunda etapa, os indivíduos potencialmente deprimidos responderam aos instrumentos PH, Rosenberg e ICCAC, delineando, respectivamente, suas características quanto a autoconceito, autoestima e percepção de controle relativa ao domínio acadêmico. Na última etapa foram coletadas as médias anuais nas disciplinas Português e Matemática como indicadores do desempenho acadêmico objetivo dos alunos pesquisados. Os dados foram submetidos a análises estatísticas multivariadas e psicométricas. Investigando-se a relação entre rendimento acadêmico e a presença de estado de ânimo deprimido verifica-se que quanto mais declinada é a média relacionada ao desempenho acadêmico em geral maior é a média dos indivíduos com sintomas depressivos, caracterizando uma correlação negativa entre as variáveis descritas. Também, correlações negativas entre sintomatologia depressiva e os componentes das crenças autorreferenciadas foram observadas, bem como correlações positivas e significativas entre tais crenças e bom desempenho acadêmico foram encontradas. Infere-se que, para esta amostra, sintomatologia depressiva está estreitamente associada a baixos autoconceito, autoestima e autoconfiança relativa à performance acadêmica.

Palavras-chave: Afetividade. Depressão. Cognição. Aprendizagem. Crenças autorreferenciadas. Análises estatísticas multivariadas.

ABSTRACT

The study investigated the rate of depressive symptoms in students of a public school in Curitiba, as well as data concerning their beliefs related to self and notes outlining correlations between academic performance, self-referenced beliefs and possible indicators of lowered mood. Basement has been described as the interaction between cognitive and affective, as well as the elements that compose it: self-regulation and self-referential beliefs. Data collection was done by means of scales and school supplies. In a first step, the instrument was CDI with the cutoff point 19 in 322 students from 5th to 8th grades of elementary school and the 1st to 3rd year of high school, delineating indicators of depressive symptoms in the sample. In the second step, potentially depressed individuals responded to the instruments PH, Rosenberg and ICCAC outlining respectively, their characteristics as self-concept, self-esteem and perceived academic domain. In the last stage the annual averages were collected in Portuguese and mathematics disciplines as objective indicators of academic performance of students surveyed. Data were subjected to multivariate statistical analysis and psychometrics. Investigating the academic achievement and the presence of depressed mood there is that the more is the average declined related to academic performance in general the higher the average of individuals with depressive symptoms, characterizing a negative correlation between the variables described. Also, negative correlations between depressive symptoms and self-referenced beliefs components were observed, as well as significant positive correlations between such beliefs and academic achievement were found. It is inferred that, for this sample, depressive symptoms is closely associated with low self-concept, self-esteem and confidence on the academic performance.

Keywords: Affectivity. Depression. Cognition. Learning. Self-beliefs. Multivariate analysis.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1-	GRÁFICO REPRESENTATIVO DA DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL DOS ESCORES TOTAIS OBTIDOS PELO GRUPO NO CDI (AMOSTRA TOTAL) (n=322).....	63
FIGURA 2-	GRÁFICO REPRESENTATIVO DA DISTRIBUIÇÃO DOS ESCORES OBTIDOS NO CDI PELO GRUPO CORRESPONDENTE À AMOSTRA TOTAL, QUANDO SEPARADOS EM CATEGORIAS REPRESENTATIVAS DO NÍVEL DE SEVERIDADE DA SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA (n=322)	65
FIGURA 3-	GRÁFICO REPRESENTATIVO DA DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL DOS ESCORES NA DIMENSÃO HUMOR NEGATIVO (CDI/AMOSTRA TOTAL) (n=322)	67
FIGURA 4-	GRÁFICO REPRESENTATIVO DA DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL DOS ESCORES NA DIMENSÃO PROBLEMAS INTERPESSOAIS (CDI/AMOSTRA TOTAL) (n=322)	69
FIGURA 5-	GRÁFICO REPRESENTATIVO DA DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL DOS ESCORES NA DIMENSÃO INEFICIÊNCIA (CDI/AMOSTRA TOTAL) (n=322)	70
FIGURA 6-	GRÁFICO REPRESENTATIVO DA DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL DOS ESCORES NA DIMENSÃO ANEDONIA (CDI/AMOSTRA TOTAL) (n=322).....	72
FIGURA 7-	GRÁFICO REPRESENTATIVO DA DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL DOS ESCORES NA DIMENSÃO AUTOESTIMA NEGATIVA (CDI/AMOSTRA TOTAL) (n=322)	74
FIGURA 8-	GRÁFICO REPRESENTATIVO DA DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL DOS ESCORES TOTAIS OBTIDOS PELO GRUPO NO CDI (AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)	82
FIGURA 9-	GRÁFICO REPRESENTATIVO DA DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL DOS ESCORES NA DIMENSÃO HUMOR NEGATIVO (CDI/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)	87
FIGURA 10-	GRÁFICO REPRESENTATIVO DA DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL DOS ESCORES NA DIMENSÃO PROBLEMAS INTERPESSOAIS (CDI/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44).....	89

FIGURA 11-	GRÁFICO REPRESENTATIVO DA DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL DOS ESCORES NA DIMENSÃO INEFICIÊNCIA (CDI/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)	91
FIGURA 12-	GRÁFICO REPRESENTATIVO DA DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL DOS ESCORES NA DIMENSÃO ANEDONIA (CDI/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)	92
FIGURA 13-	GRÁFICO REPRESENTATIVO DA DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL DOS ESCORES NA DIMENSÃO AUTOESTIMA NEGATIVA (CDI/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44).....	94
FIGURA 14-	DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL DOS ESCORES TOTAIS DA ESCALA PH (AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)	98
FIGURA 15-	DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL DOS ESCORES NA DIMENSÃO COMPORTAMENTO (PH/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44).....	99
FIGURA 16-	DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL DOS ESCORES NA DIMENSÃO STATUS INTELECTUAL E ACADÊMICO (PH/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)	103
FIGURA 17-	DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL DOS ESCORES NA DIMENSÃO APARÊNCIA FÍSICA E ATRIBUTOS (PH/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)	107
FIGURA 18-	DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL DOS ESCORES NA DIMENSÃO ANSIEDADE (PH/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)	111
FIGURA 19-	DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL DOS ESCORES NA DIMENSÃO POPULARIDADE (PH/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44).....	115
FIGURA 20-	DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL DOS ESCORES NA DIMENSÃO FELICIDADE E SATISFAÇÃO (PH/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)	119
FIGURA 21-	DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL DO ESCORE TOTAL NA ESCALA ROS (AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)	124

FIGURA 22-	DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL DAS MÉDIAS DAS DIMENSÕES DO ICCAC (AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44).....	141
FIGURA 23-	MÉDIAS DO GÊNERO MASCULINO NAS DIMENSÕES DO ICCAC (AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA)	143
FIGURA 24-	MÉDIAS DO GÊNERO FEMININO NAS DIMENSÕES DO ICCAC (AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA)	143

QUADROS

QUADRO 1-	CRITÉRIOS PARA O DIAGNÓSTICO DO EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR	39
QUADRO 2-	DESCRIÇÕES CLÍNICAS E DIRETRIZES DIAGNÓSTICAS SEGUNDO O CID-10.....	40
QUADRO 3-	TURMAS E A QUANTIDADE DE ALUNOS PARTICIPANTES NA PRIMEIRA ETAPA DA PESQUISA.....	55
QUADRO 4-	ESTATÍSTICA DESCRITIVA DO ESCORE TOTAL – CDI (AMOSTRA TOTAL) (n=322).....	64
QUADRO 5-	MÉDIAS E DESVIOS-PADRÃO POR QUESTÃO DO CDI (AMOSTRA TOTAL) (n=322).....	66
QUADRO 6-	DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL COM RESPECTIVAS PERCENTAGENS DOS ESCORES NA DIMENSÃO HUMOR NEGATIVO (CDI/AMOSTRA TOTAL) (n=322)	67
QUADRO 7-	CORRELAÇÕES ENTRE AS QUESTÕES DA DIMENSÃO HUMOR NEGATIVO (CDI/AMOSTRA TOTAL) (n=322)	68
QUADRO 8-	DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL COM RESPECTIVAS PERCENTAGENS DOS ESCORES TOTAIS NA DIMENSÃO PROBLEMAS INTERPESSOAIS (CDI/AMOSTRA TOTAL) (n=322).....	69
QUADRO 9-	CORRELAÇÕES ENTRE AS QUESTÕES DA DIMENSÃO PROBLEMAS INTERPESSOAIS (CDI/AMOSTRA TOTAL) (n=322).....	70
QUADRO 10-	DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL COM RESPECTIVAS PERCENTAGENS DOS ESCORES TOTAIS NA DIMENSÃO INEFICIÊNCIA (CDI/AMOSTRA TOTAL) (n=322)	71
QUADRO 11-	CORRELAÇÕES ENTRE AS QUESTÕES DA DIMENSÃO INEFICIÊNCIA (CDI/AMOSTRA TOTAL) (n=322)	72
QUADRO 12-	DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL COM RESPECTIVAS PERCENTAGENS DOS ESCORES NA DIMENSÃO ANEDONIA (CDI/AMOSTRA TOTAL) (n=322).....	73
QUADRO 13-	CORRELAÇÕES ENTRE AS QUESTÕES DA DIMENSÃO ANEDONIA (CDI/AMOSTRA TOTAL) (n=322)	73
QUADRO 14-	DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL COM RESPECTIVAS PERCENTAGENS DOS ESCORES NA DIMENSÃO AUTOESTIMA NEGATIVA (CDI/AMOSTRA TOTAL) (n=322).....	75

QUADRO 15-	CORRELAÇÕES ENTRE AS QUESTÕES DA DIMENSÃO AUTOESTIMA NEGATIVA (CDI/AMOSTRA TOTAL) (n=322)	75
QUADRO 16-	CORRELAÇÕES ENTRE AS CINCO DIMENSÕES DO CDI (AMOSTRA TOTAL) (n=322)	76
QUADRO 17-	VARIÁVEIS LATENTES SUGERIDAS NA ANÁLISE FATORIAL DO CDI (AMOSTRA TOTAL) (n=322).....	77
QUADRO 18-	VARIÂNCIAS ACUMULADAS NA ANÁLISE FATORIAL DO CDI (AMOSTRA TOTAL) (n=322)	78
QUADRO 19-	QUESTÕES DO CDI REORGANIZADAS DE ACORDO COM A NOVA FATORAÇÃO (AMOSTRA TOTAL) (n=322).....	78
QUADRO 20-	DIFERENÇAS ENTRE GÊNEROS NO ESCORE TOTAL DO CDI (AMOSTRA TOTAL) (n=322)	80
QUADRO 21-	DIFERENÇAS ENTRE GÊNEROS NAS DIMENSÕES DO CDI (AMOSTRA TOTAL) (n=322)	81
QUADRO 22-	ESTATÍSTICA DESCRITIVA DO ESCORE TOTAL – CDI (AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)	82
QUADRO 23-	DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL COM RESPECTIVAS PERCENTAGENS (CDI/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)	83
QUADRO 24-	MÉDIAS E DESVIOS-PADRÃO POR QUESTÃO DO CDI (AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44).....	84
QUADRO 25-	QUADRO DE CORRELAÇÕES ENTRE AS QUESTÕES DO CDI (AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)	86
QUADRO 26-	DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL COM RESPECTIVAS PERCENTAGENS DOS ESCORES NA DIMENSÃO HUMOR NEGATIVO (CDI/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)	88
QUADRO 27-	CORRELAÇÕES ENTRE AS QUESTÕES DA DIMENSÃO HUMOR NEGATIVO (CDI/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)	88
QUADRO 28-	DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL COM RESPECTIVAS PERCENTAGENS DOS ESCORES NA DIMENSÃO PROBLEMAS INTERPESSOAIS (CDI/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)	89

QUADRO 29-	CORRELAÇÕES ENTRE AS QUESTÕES DA DIMENSÃO PROBLEMAS INTERPESSOAIS (CDI/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44).....	90
QUADRO 30-	DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL COM RESPECTIVAS PERCENTAGENS DOS ESCORES NA DIMENSÃO INEFICIÊNCIA (CDI/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)	91
QUADRO 31-	CORRELAÇÕES ENTRE AS QUESTÕES DA DIMENSÃO INEFICIÊNCIA (CDI/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)	92
QUADRO 32-	DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL COM RESPECTIVAS PERCENTAGENS DOS ESCORES NA DIMENSÃO ANEDONIA (CDI/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)	93
QUADRO 33-	CORRELAÇÕES ENTRE AS QUESTÕES DA DIMENSÃO ANEDONIA (CDI/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)	93
QUADRO 34-	DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL COM RESPECTIVAS PERCENTAGENS DOS ESCORES NA DIMENSÃO AUTOESTIMA NEGATIVA (CDI/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)	95
QUADRO 35-	CORRELAÇÕES ENTRE AS QUESTÕES DA DIMENSÃO AUTOESTIMA NEGATIVA (CDI/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)	95
QUADRO 36-	CORRELAÇÕES ENTRE AS CINCO DIMENSÕES DO CDI (AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)	96
QUADRO 37-	DIFERENÇAS ENTRE GÊNEROS NO GRUPO TOTAL E NAS DIMENSÕES DO CDI (AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)	96
QUADRO 38-	MÉDIAS E DESVIOS-PADRÃO ENTRE GÊNEROS NAS DIMENSÕES DO CDI (AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)	97
QUADRO 39-	DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL COM RESPECTIVAS PERCENTAGENS NA DIMENSÃO COMPORTAMENTO (PH/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)	99

QUADRO 40-	MATRIZ DE CORRELAÇÕES ENTRE AS QUESTÕES DA DIMENSÃO COMPORTAMENTO (PH/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44).....	101
QUADRO 41-	DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL COM RESPECTIVAS PERCENTAGENS NA DIMENSÃO STATUS INTELECTUAL E ACADÊMICO (PH/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)	104
QUADRO 42-	MATRIZ DE CORRELAÇÕES ENTRE AS QUESTÕES DA DIMENSÃO STATUS INTELECTUAL E ACADÊMICO (PH/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44).....	105
QUADRO 43-	DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL COM RESPECTIVAS PERCENTAGENS NA DIMENSÃO APARÊNCIA FÍSICA E ATRIBUTOS (PH/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)	107
QUADRO 44-	MATRIZ DE CORRELAÇÕES ENTRE AS QUESTÕES DA DIMENSÃO APARÊNCIA FÍSICA E ATRIBUTOS (PH/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)	109
QUADRO 45-	DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL COM RESPECTIVAS PERCENTAGENS NA DIMENSÃO ANSIEDADE (PH/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44).....	111
QUADRO 46-	MATRIZ DE CORRELAÇÕES ENTRE AS QUESTÕES DA DIMENSÃO ANSIEDADE (PH/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)	113
QUADRO 47-	DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL COM RESPECTIVAS PERCENTAGENS NA DIMENSÃO POPULARIDADE (PH/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)	115
QUADRO 48-	MATRIZ DE CORRELAÇÕES ENTRE AS QUESTÕES DA DIMENSÃO POPULARIDADE (PH/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)	117
QUADRO 49-	DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL COM RESPECTIVAS PERCENTAGENS NA DIMENSÃO FELICIDADE E SATISFAÇÃO (PH/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)	119
QUADRO 50-	MATRIZ DE CORRELAÇÕES ENTRE AS QUESTÕES DA DIMENSÃO FELICIDADE E SATISFAÇÃO (PH/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44).....	120

QUADRO 51-	CORRELAÇÃO ENTRE TODAS AS DIMENSÕES DA PH (AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)	122
QUADRO 52-	DIFERENÇAS ENTRE GÊNEROS NO ESCORE TOTAL DA PH (AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)	122
QUADRO 53-	MÉDIAS E DESVIOS-PADRÃO ENTRE GÊNEROS NAS DIMENSÕES DA PH (AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)	123
QUADRO 54-	DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL COM RESPECTIVAS PERCENTAGENS DA ROS (AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)	124
QUADRO 55-	MATRIZ DE CORRELAÇÕES ENTRE AS QUESTÕES DA ESCALA ROS (AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)	125
QUADRO 56-	MÉDIAS E DESVIOS-PADRÃO NA ESCALA ROS ENTRE GÊNEROS (AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)	127
QUADRO 57-	DIFERENÇAS ENTRE GÊNEROS NO ESCORE TOTAL DA ROS (AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)	127
QUADRO 58-	MATRIZ DE CORRELAÇÕES ENTRE AS QUESTÕES DA DIMENSÃO EXPECTATIVA GERAL DE CONTROLE (ICCAC/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)	128
QUADRO 59-	MATRIZ DE CORRELAÇÕES ENTRE AS QUESTÕES DA DIMENSÃO CRENÇAS DE AGÊNCIA/ESFORÇO (ICCAC/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)	128
QUADRO 60-	MATRIZ DE CORRELAÇÕES ENTRE AS QUESTÕES DA DIMENSÃO CRENÇAS DE AGÊNCIA/CAPACIDADE (ICCAC/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)	129
QUADRO 61-	MATRIZ DE CORRELAÇÕES ENTRE AS QUESTÕES DA DIMENSÃO CRENÇAS DE AGÊNCIA/PROFESSOR (ICCAC/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)	130

QUADRO 62-	MATRIZ DE CORRELAÇÕES ENTRE AS QUESTÕES DA DIMENSÃO CRENÇAS DE AGÊNCIA/SORTE (ICCAC/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)	131
QUADRO 63-	MATRIZ DE CORRELAÇÕES ENTRE AS QUESTÕES DA DIMENSÃO CRENÇAS SOBRE AS RELAÇÕES ENTRE MEIOS-FINS/ESFORÇO (ICCAC/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)	132
QUADRO 64-	MATRIZ DE CORRELAÇÕES ENTRE AS QUESTÕES DA DIMENSÃO CRENÇAS SOBRE AS RELAÇÕES ENTRE MEIOS-FINS/CAPACIDADE (ICCAC/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)	133
QUADRO 65-	MATRIZ DE CORRELAÇÕES ENTRE AS QUESTÕES DA DIMENSÃO CRENÇAS SOBRE AS RELAÇÕES ENTRE MEIOS-FINS/PROFESSOR (ICCAC/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)	134
QUADRO 66-	MATRIZ DE CORRELAÇÕES ENTRE AS QUESTÕES DA DIMENSÃO CRENÇAS SOBRE AS RELAÇÕES ENTRE MEIOS-FINS/SORTE (ICCAC/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)	136
QUADRO 67-	MATRIZ DE CORRELAÇÕES ENTRE AS QUESTÕES DA DIMENSÃO CRENÇAS SOBRE AS RELAÇÕES ENTRE MEIOS-FINS/FATORES DESCONHECIDOS (ICCAC/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44).....	137
QUADRO 68-	MATRIZ DE CORRELAÇÕES ENTRE AS DIMENSÕES DO ICCAC (AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)	140
QUADRO 69-	DIFERENÇAS ENTRE GÊNEROS NAS DIMENSÕES DO ICCAC (AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)	145
QUADRO 70-	MATRIZ DE CORRELAÇÕES ENTRE OS INSTRUMENTOS APLICADOS (AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)	147
QUADRO 71-	CORRELAÇÕES SIGNIFICATIVAS DESCRITAS (AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44).....	149
QUADRO 72-	COEFICIENTES COM MAIOR SIGNIFICÂNCIA ENTRE OS INSTRUMENTOS, BEM COMO ENTRE ESTES E AS NOTAS (AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)	150

QUADRO 73-	COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS POR DIMENSÃO NOS DOIS GRUPOS PESQUISADOS COM O INSTRUMENTO CDI (n=322 e n-44).....	152
------------	--	-----

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	20
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	24
2.1	COGNIÇÃO E AFETIVIDADE.....	24
2.1.1	Crenças autorreferenciadas e processos de autorregulação do <i>self</i>	26
2.1.1.1	Autoconceito.....	31
2.1.1.2	Autoestima.....	32
2.1.1.3	Crenças de controle.....	34
2.2	DEPRESSÃO E SAÚDE MENTAL.....	36
2.2.1	Aspectos psicológicos da depressão infanto-juvenil.....	41
2.3	EDUCAÇÃO E DEPRESSÃO INFANTO-JUVENIL.....	43
2.3.1	Relações entre depressão e problemas de aprendizagem.....	47
2.3.2	As práticas educacionais como atividades de promoção da saúde.....	51
3	MATERIAL E MÉTODOS.....	54
3.1	O ESTUDO.....	54
3.1.1	Participantes do estudo.....	54
3.2	INSTRUMENTOS.....	55
3.2.1	Inventário de Depressão Infantil (CDI).....	55
3.2.2	Escala Pier-Harris de Autoconceito (PH).....	56
3.2.3	Escala Rosenberg de Autoestima (ROS).....	57
3.2.4	Inventário de Crenças de Controle, Agência e Competência - Domínio Acadêmico (ICCAC).....	58
3.2.5	Médias anuais em Português e Matemática.....	59
3.3	PROCEDIMENTOS.....	60
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	61
4.1	TRATAMENTO ESTATÍSTICO.....	61
4.2	ANÁLISE EXPLORATÓRIA DOS DADOS E ANÁLISE PSICOMÉTRICA DOS INSTRUMENTOS.....	62
4.2.1	Inventário de Depressão Infantil (CDI) – amostra total.....	63
4.2.1.1	Dimensões do CDI – amostra total.....	66
4.2.1.2	Análise Fatorial do CDI – amostra total.....	76
4.2.1.3	Diferenças entre Gêneros no CDI – amostra total.....	79
4.2.2	Inventário de Depressão Infantil (CDI) – amostra com indicadores de sintomatologia depressiva.....	81
4.2.2.1	Dimensões do CDI – amostra com indicadores de sintomatologia depressiva.....	87
4.2.2.2	Diferenças entre gêneros no CDI – amostra com indicadores de sintomatologia depressiva.....	96
4.2.3	Escala Pier-Harris de Autoconceito (PH).....	97
4.2.3.1	Dimensões da PH.....	98
4.2.3.2	Diferenças entre Gêneros na PH.....	122
4.2.4	Escala Rosenberg de Autoestima (ROS).....	123
4.2.4.1	Diferenças entre Gêneros na ROS.....	126

4.2.5	Inventário de Crenças de Controle, Agência e Competência - Domínio Acadêmico (ICCAC).....	127
4.2.5.1	Dimensões do ICCAC.....	127
4.2.5.2	Diferenças entre Gêneros no ICCAC.....	142
4.3	CORRELAÇÕES ENTRE OS INSTRUMENTOS	146
4.3.1	Sintomatologia Depressiva, Crenças Autorreferenciadas e Aprendizagem Escolar.....	153
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	159
	REFERÊNCIAS.....	165
	ANEXOS.....	175

1 INTRODUÇÃO

Os indivíduos percebidos como “problemáticos” sempre estiveram em situação de desvantagem em relação aos demais, ocupando no imaginário coletivo a posição de alvos da caridade popular e da assistência social, e não de sujeitos com direitos sociais, entre os quais se inclui o direito à educação. Ainda hoje constata-se a dificuldade de aceitação do indivíduo “diferente” no seio familiar e social, destacando-se o ambiente escolar.

Essas crianças e adolescentes permanecem discriminados, à margem do sistema educacional, devido a necessidades e motivações específicas que, entre outros, incluem a não aceitação da rigidez curricular e de certos aspectos do cotidiano escolar. Considerados por muitos como trabalhosos e indisciplinados, estes sujeitos deixam de receber os serviços especiais de que necessitam, e por isso, muitas vezes, abandonam o sistema educacional.

Entre estes, incluem-se aqueles que apresentam atrasos no desenvolvimento, dificuldades acentuadas na aprendizagem e prejuízo no relacionamento social decorrentes de perturbações psicológicas, neurológicas e/ou psiquiátricas, entre elas a depressão.

A depressão apresenta um quadro clínico amplo, envolvendo a afetividade e o sistema cognitivo, o que pode acabar por interferir no julgamento da realidade, estando, muitas vezes, associada a variados graus de ansiedade e alterações corporais.

O interesse científico pela depressão em crianças e adolescentes é, contudo, bastante recente. Até a década de 70, acreditava-se que a depressão nesta faixa etária fosse rara ou até mesmo inexistente. O Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos reconheceu oficialmente a existência da depressão em crianças a partir de 1975, e as pesquisas sobre a depressão neste período da vida têm atraído um interesse crescente durante as últimas décadas.

As depressões, dependendo de sua severidade, podem trazer prejuízo significativo no desenvolvimento da criança e do adolescente nos níveis físico, psicomotor, cognitivo e psicossocial, prejudicando inclusive as habilidades necessárias para a aprendizagem. A abordagem médica considera que a depressão apresenta natureza duradoura e pervasiva, afetando múltiplas funções e causando

danos consideráveis aos indivíduos. Atualmente, o conhecimento das mudanças biológicas, mais especificamente das variações neuro-hormonais, tem aberto caminhos para a descoberta da relação intrínseca entre os aspectos físicos e os psíquicos.

Desde que o transtorno depressivo em crianças e adolescentes na idade escolar envolva sintomatologia que interfira nas habilidades de aprendizagem, a educação deve ser instruída quanto às intervenções pedagógicas a partir dos conceitos de saúde e patologia física e mental, oportunizando práticas educacionais como atividades de promoção de saúde. É importante que as escolas reconheçam que a depressão pode se tornar um problema grave, vindo a gerar alterações no funcionamento social e acadêmico de seus alunos.

Todo ser humano passa por momentos de alegria e tristeza, com humor variado, e isso é normal. A depressão não se refere somente à tristeza ou, como diz o senso comum, à falta de “força de vontade”, mas sim também às alterações químicas que ocorrem no sistema nervoso e à necessidade de transformar o impacto psicológico de certas situações vivenciadas pelo sujeito. Dessa forma, tanto os fatores externos quanto os internos concorrem para determinar limitações psicológicas e físicas na vida do sujeito, sendo que se não for dada atenção adequada os prejuízos podem ser incalculáveis. Somando-se ao quadro apresentado pela depressão, existem as influências do ambiente educativo; assim, as práticas psicopedagógicas podem maximizar ou minimizar a manifestação de características endógenas.

Enquanto psicóloga a autora do presente trabalho frequentemente presencia, na clínica psicoterápica, indicadores depressivos e, por este motivo, a escolha deste tema para estudo visa aprofundar conhecimentos com vistas a uma atuação profissional clínica mais eficiente, considerando todos os componentes adjacentes à esta sintomatologia. Por outro lado, a autora, enquanto docente de ensino técnico e superior, visa contribuir com este estudo para a construção de processos pedagógicos que articulem educação, psicologia e saúde na formação de profissionais melhor preparados.

É importante destacar a definição dada pela OMS ao recurso humano no âmbito da saúde, denominado como “promotor de saúde”: trata-se de um interlocutor da população no desenvolvimento de atividades de promoção e educação para a saúde. O psicólogo inserido nesta situação vem começando a

promover discussões sobre as novas ações que envolvem situações preventivas e de promoção de saúde.

A relevância do presente estudo reside na importância de investigar a depressão como um quadro patológico referente à afetividade, que pode interferir na dimensão cognitiva do ser humano. Nesse sentido, o problema que direciona a pesquisa pode ser descrito da seguinte maneira: *o que é a depressão, que aspectos psicológicos lhe são subjacentes e pode este quadro afetar o desempenho acadêmico?*

Como objetivos gerais, o estudo pretende investigar aspectos relativos à depressão infanto-juvenil, explorar variáveis psicológicas relacionadas aos processos identitários que estão, possivelmente, ligadas a este transtorno, e avaliar suas relações com o desempenho acadêmico. Buscar-se-á, assim, fornecer subsídios para a construção de referenciais que possibilitem aos educadores a obtenção de uma visão mais integrada de seus alunos, em especial, daqueles considerados "alunos-problema", privilegiando práticas educacionais que venham a atuar como atividades que propiciem um desenvolvimento psicológico mais saudável.

O presente trabalho tem, ainda, como objetivos específicos:

(1) levantar indicadores depressivos e de alguns dos aspectos integrantes das funções psíquicas relacionadas ao *self*, como a autoestima, o autoconceito e as crenças de controle, em alunos do Ensino Fundamental e do Ensino Médio oriundos de uma escola pública na cidade de Curitiba (PR);

(2) explorar as relações entre os indicadores depressivos e alguns dos demais aspectos psicológicos investigados;

(3) investigar possíveis relações entre indicadores depressivos e aqueles associados ao desempenho acadêmico.

Na presente pesquisa foram utilizados os seguintes instrumentos para a coleta de dados: CDI (*Children's Depression Inventory*)¹, escalas Piers-Harris (autoconceito)² e Rosenberg (autoestima)³, ICCAC (Inventário de Crenças de

¹ Inventário de Depressão Infantil (KOVACS, 1985).

² Versão brasileira da *Piers-Harris Children's Self-Concept Scale* (PIERS & HARRIS, 1984; traduzida por JACOB e LOUREIRO, 1999).

³ *Self-Esteem Scale* (ROSENBERG, 1965; traduzida por LOOS, 2003).

Controle, Agência e Competência)⁴. As médias anuais dos alunos em Português e Matemática foram utilizadas como indicadores do desempenho escolar.

Os instrumentos foram aplicados em alunos de uma escola pública que oferece as últimas séries do Ensino Fundamental e o Ensino Médio, localizada na região central da cidade de Curitiba. Os resultados referentes ao grau dos sinais e sintomas relacionados a traços depressivos identificados nos alunos que compõem a amostra foram classificados e apresentados em forma de gráficos, de acordo com o padrão de sintomatologia físico-psíquica encontrado. Foram também tabulados os dados coletados referentes aos processos psicológicos relacionados ao *self* que, de algum modo, relacionam-se com sua *performance* no âmbito acadêmico (autoconceito, autoestima e crenças de controle relativas ao contexto acadêmico). Ainda, as médias anuais nas disciplinas Português e Matemática foram acrescidas às análises, de forma a também se obter informações de relevância para o entendimento da dinâmica cognitivo-afetiva que subjaz aos estados depressivos.

Este trabalho é constituído por três grandes seções: Parte I - Fundamentação Teórica; Parte II – Material e Métodos; Parte III - Análise e Discussão dos Resultados. A primeira parte subdivide-se em três capítulos: no primeiro encontra-se o embasamento teórico quanto às relações entre cognição e afetividade humanas. O segundo capítulo introduz o estudo de alguns aspectos da identidade individual, descrevendo, sobretudo, as crenças autorreferenciadas (crenças relacionadas ao *self*), mais especificamente a autoestima, o autoconceito e as crenças de controle, e discorrendo sobre sua função essencial na afetividade e cognição humanas. O terceiro capítulo aborda aspectos históricos da depressão, apontando considerações psiquiátricas e sobre aspectos psicológicos que a compõem.

No que se refere à pesquisa de campo, é descrita, na segunda parte, a metodologia utilizada, caracterizando os instrumentos e procedimentos, bem como a amostra pesquisada. Já na terceira parte são apresentados os resultados obtidos, e as análises e discussões realizadas a respeito.

Finalizando, são feitas considerações acerca do conteúdo abordado e da pesquisa de campo realizada, relacionando-os e indicando possibilidades de estudos mais aprofundados relativas ao tema.

⁴ Versão brasileira do CAMI - *Control, Agency, Means-Ends Beliefs Interview* (SKINNER, CHAPMAN & BALTES, 1983; traduzida por NERI & PELLONI, 1996; modificada por LOOS & NERI, 2000).

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 COGNIÇÃO E AFETIVIDADE

Há tempos existem discussões acerca do papel da afetividade como importante participante na constituição da subjetividade humana. A história da Filosofia mostra debates quanto às relações entre razão e emoção, algumas vezes valorizando conflitos entre estas instâncias, outras vezes exaltando uma sobre a outra. Ilustrando a idéia:

Eurípedes, por exemplo, investia no tema do conflito entre razão e emoção e frequentemente ilustrava esse aspecto em suas peças teatrais. Já Aristóteles, numa perspectiva claramente dualista, reiterava que os sentimentos residem no coração e que o cérebro tem a missão de esfriar o coração e os sentimentos nele localizados. Kant, destacando a supremacia da razão, construiu uma perspectiva negativa das emoções e dos sentimentos, chegando a afirmar que as paixões são a enfermidade da alma. De um modo geral, o que se evidencia nos escritos dos filósofos, da Grécia antiga até a modernidade, é uma concepção dissociada, na qual a razão quase sempre tem status superior com relação aos sentimentos. (VASCONCELOS, 2004, p.1).

Muitos pensadores e filósofos, ao longo da história, postularam uma dicotomia entre razão e emoção. Platão e Descartes, por exemplo, sugeriram a possibilidade de se entender separadamente razão e emoção, assumindo uma hierarquia entre tais instâncias da subjetividade humana, em que o pensamento teria valor de excelência. O primeiro definiu como virtude a liberação e troca de todas as paixões, prazeres e valores individuais pelo pensamento, considerado, por ele, um valor universal e ligado à imutabilidade das formas eternas. O segundo criou a tão conhecida afirmação filosófica: *penso, logo existo*. Kant também estabeleceu uma hierarquia entre a razão e as emoções. Ele advertia sobre a impossibilidade do encontro entre razão e felicidade, quando afirmou que quanto mais uma razão cultivada se consagra ao gozo da vida e da felicidade, tanto mais o homem se afasta do verdadeiro contentamento.

Essas premissas filosóficas permanecem vivas ainda hoje, muitas vezes traduzidas sob a forma de metáforas. Ainda é possível identificar na sociedade a visão de que, em nome de resoluções sensatas, deve-se desprezar, controlar ou anular a dimensão afetiva. Nessa perspectiva, parece que para uma pessoa tomar

decisões corretas é necessário que se livre ou se desvincule dos próprios sentimentos e emoções.

A crença de Descartes em uma mente separada do corpo contribuiu para alterar o rumo da medicina, ajudando-a a abandonar a abordagem da mente-no-corpo e moldou a forma peculiar como a medicina ocidental aborda a investigação e o tratamento da doença. Como resultado, as consequências psicológicas das doenças do corpo são normalmente ignoradas; mais negligenciados ainda são os efeitos dos conflitos psicológicos no corpo. (DAMÁSIO, 1996, p. 282).

Pode-se afirmar que existem duas correntes filosóficas que se destacam quanto ao modo de pensar a relação entre essas duas instâncias: o dualismo e o monismo. O dualismo admite a coexistência de dois princípios irreduzíveis (por exemplo, razão e emoção, alma e corpo, matéria e espírito), considerando-os independentes e não relacionados⁵. O monismo indica a redução do conjunto dos princípios à unidade, sendo estes propriedade um do outro.

A Psicologia, provavelmente por influência da Filosofia, pregou durante muito tempo as teorias que estudavam separadamente os processos cognitivos e afetivos. Talvez devido à dificuldade de estudá-los de forma integrada, tal separação parece ter conduzido a uma visão parcial e distorcida da realidade, com reflexos nas investigações científicas, como também, no modelo educacional ainda vigente. De acordo com Arantes (2002), os cientistas, ao centrarem seus estudos apenas nos comportamentos externos dos sujeitos, contribuíram para que fossem relegadas a um segundo plano experiências de cunho mais subjetivo. Por outro lado, e de forma também parcial e distorcida, existem algumas teorias que privilegiam os aspectos afetivos nas explicações da subjetividade humana, dedicando um papel secundário aos aspectos cognitivos. Faz-se importante destacar que visões dicotômicas de aspectos que funcionam de forma integrada tendem a retardar as possibilidades de compreensão de fenômenos que são, por sua natureza, complexos, e que por isso mesmo não podem ser estudados separadamente, ou privilegiando-se um aspecto sobre os demais:

(...) a idéia cartesiana de mente separada do corpo explica porque ainda hoje muitos investigadores em psicologia se julgam capazes de entender a mente sem nenhum recurso à neurobiologia (...) ou porque para muitos

⁵ Alguns adeptos do dualismo preferem considerar os princípios expostos como relacionados, “embora nunca tenham explicado convincentemente como”. (PINHEIRO, 2005, p.193).

neurocientistas a mente pode ser perfeitamente explicada em termos de fenômenos cerebrais, deixando de lado o resto do organismo e o meio ambiente físico e social. (PINHEIRO, 2005, p.183).

Felizmente, nos dias de hoje existem perspectivas científicas que questionam os tradicionais dualismos do pensamento ocidental, apontando caminhos que prometem inovar as teorias sobre o funcionamento psíquico humano, na direção de integrar dialeticamente vários aspectos da vida humana, entre eles, cognição e afetividade, razão e emoções.

Santos e Graminha (2006) apontam que muitas pesquisas têm-se voltado para analisar a relação dos aspectos cognitivos com os emocionais, percebendo-se a necessidade de uma disposição afetiva estimulada socialmente, para que a aprendizagem ocorra de maneira saudável. Tal disposição é manifestada por atitudes, interesse e confiança nas capacidades cognitivas e possibilitam que o aluno alcance um melhor desempenho. Os autores ressaltam que a cognição e a emoção são fatores-chave na compreensão e sucesso do indivíduo. Arantes (2002), por sua vez, reflete sobre a afetividade, a socialização, a vontade e a moral, e adverte sobre o fato de que, apesar de diferentes em sua natureza, a afetividade e a cognição são inseparáveis, indissociadas em todas as ações simbólicas e sensório-motoras. Concorde que toda ação e pensamento comportam aspectos afetivos e aspectos cognitivos.

Os afetos transformam e estabelecem as mediações necessárias para o processo de constituição do pensamento e para os demais processos psicológicos. Assim como as emoções estão implicadas na formação e na constituição da subjetividade do sujeito, pode-se também relacioná-las diretamente com a aprendizagem, tornando-se um dos fatores importantes nesse processo.

2.1.1 Crenças autorreferenciadas e processos de autorregulação do *self*

De acordo com Boruchovitch (1994), as variáveis internas, como as escolhas, crenças, expectativas e emoções, têm sido consideradas nas concepções mais modernas sobre os processos de ensino-aprendizagem. Cruvinel e Boruchovitch (2004) atentam para as diversas variáveis psicológicas e motivacionais, como as atribuições de causalidade para o sucesso e o fracasso

escolar, o autoconceito, as crenças de autoeficácia, a motivação, a ansiedade, entre outros, os quais são fatores determinantes no uso efetivo das diferentes estratégias de aprendizagem. Estas estratégias são procedimentos e atividades utilizados com o objetivo de facilitar a aquisição, o armazenamento e a utilização da informação, e não são suficientes por si só para o sucesso acadêmico, porém auxiliam o indivíduo na tarefa de se autorregular, de traçar e atingir metas. Tem sido sugerido que o ensino de estratégias cognitivas e metacognitivas seja acompanhado pelo ensino de estratégias afetivas, visando acentuar a motivação do aluno, bem como modificar variáveis psicológicas e motivacionais que são incompatíveis com o uso eficiente daquelas estratégias primeiramente citadas.

A motivação é o caminho pelo qual o indivíduo busca alcançar determinados objetivos. Segundo Camargo (2004, p.123), o conceito de motivação em Psicologia envolve todos os “processos psíquicos que põem em movimento o comportamento do indivíduo e o orientam para certos objetivos”. O nível de motivação determina a qualidade do envolvimento de um indivíduo nas atividades nas quais se engaja, determinando e sendo determinado pelos processos autorreguladores. De acordo com Baumeister e Vohs (2004, p. 1), a autorregulação “refere-se aos muitos processos pelos quais a mente do ser humano exercita controle sobre suas funções”. Esses processos são cognitivos e afetivos, sendo uma chave importante para a organização do *self*.

Cada indivíduo possui um conjunto de recursos pessoais que lhe permitem enfrentar as situações que se apresentam no dia-a-dia. Cada um possui dentro de si uma força ativa que organiza esses recursos, integrando aspectos cognitivos, afetivos e sociais, e orientando o seu comportamento. (LOOS, 2003, p. 39).

Assim, os processos autorreguladores englobam pensamentos, sentimentos e ações orientados a metas, sendo influenciados pelas crenças autorreferenciadas, e estas, por sua vez, reforçadas pelos resultados dos processos de autorregulação. A percepção que um sujeito tem acerca de si próprio permeia as estratégias de enfrentamento por ele utilizadas nas situações, no sentido de prover (ou não) um adequado controle de suas ações e emoções. Dessa forma, três aspectos relacionados à percepção que o sujeito tem acerca de si próprio merecem ser destacados: o autoconceito, a autoestima e as crenças de controle (também denominadas crenças de autoeficácia ou autoconfiança). Segundo Loos (2003),

crenças autorreferenciadas é a denominação dada ao conjunto desses três aspectos que englobam a imagem perceptiva que os sujeitos têm de si mesmos e o grau valorativo que atribuem a suas capacidades. Estes aspectos são interrelacionados e funcionam como variáveis moderadoras em qualquer aspecto da vida (incluindo a aprendizagem e o desempenho escolar), ajudando a controlar o surgimento de sentimentos negativos e influenciando os processos de motivação.

A perspectiva sociocognitiva considera a autorregulação como um processo de resolução de problemas pela aplicação de estratégias apropriadas e monitoramento de cada passo do processo em direção à meta final desejada. Pela compreensão e regulação de seus próprios processos cognitivos, o indivíduo se tornaria capaz de realizar novas tarefas, resolver novos problemas e transferir a aprendizagem realizada para diferentes domínios. Em resumo, o indivíduo necessita usar suas capacidades autodiretivas para influenciar seus pensamentos, sentimentos e ações. Para isso, primeiramente o indivíduo aprenderia pela observação, depois usaria esse conhecimento por imitação, internalizaria o conhecimento pelo autocontrole e, então, o empregaria de forma adaptativa por meio da autorregulação (HAR, 2006).

Segundo Beck et al (1983), as interpretações que um indivíduo faz do mundo estruturam-se progressivamente, durante seu desenvolvimento, formando regras ou esquemas. Estes esquemas orientam, organizam, selecionam suas novas interpretações e ajudam a estabelecer critérios de avaliação de eficácia ou adequação de sua ação no mundo. De acordo com o autor, o comportamento do indivíduo é determinado por sua interrelação com o ambiente em que vive e pela interpretação cognitiva deste. Logo, as estratégias cognitivas são planos mentais utilizados pela pessoa para compreender a si mesma e ao seu ambiente a partir da sua evocação e do processamento das informações relevadas da memória armazenada.

Um considerável corpo de pesquisa tem postulado os componentes subjacentes à autorregulação, com diferentes paradigmas teóricos. Har (2006, p.58) sublinha a importância do uso sistemático de três processos essenciais para a obtenção da autorregulação:

a) Processos Metacognitivos: a autorregulação requer planejamento ativo, organização, autoinstrução, automonitoramento e autoavaliação do indivíduo nos vários estágios do processo de aprendizagem;

b) Processos Motivacionais: os processos de autorregulação têm como foco o aumento das percepções do sujeito sobre o autocontrole, incluindo o senso de competência, autoeficácia e autonomia;

c) Processos Comportamentais: o sucesso da autorregulação habilita o indivíduo a selecionar ou construir caminhos que poderão facilitar e otimizar as metas de aprendizagem desejadas.

Com base nesses três processos, Har (2006, p.60) estabelece as estratégias necessárias para o desenvolvimento da autorregulação, categorizadas em três componentes:

a) Estratégias Cognitivas: usadas para compreender e integrar uma nova informação ao conhecimento já existente. Através de organização, transformação, elaboração, essas estratégias facilitam a autorregulação;

b) Estratégias Metacognitivas: usadas para guiar e dirigir a cognição do indivíduo. Envolve dois aspectos: conhecimento e controle da cognição e do afeto.

c) Estratégias de Gerenciamento e Controle: envolve planejamento, avaliação, busca de apoio social e a aquisição de competências sociais.

Tapia e Garcia-Celay (1996) sugerem que o que realmente determina a motivação com que o sujeito enfrenta as atividades escolares não são tanto as metas que ele persegue, quanto certos comportamentos e certas características psicológicas associadas às distintas metas, principalmente a sua capacidade de autorregulação. A autorregulação envolve controle do comportamento, das emoções e dos processos cognitivos. Talvez o ponto principal que diferencie os alunos de alto e baixo desempenho escolar é o grau de autorregulação da aprendizagem dos mesmos (BORUCHOVITCH, 1994). Nesse sentido, pode-se observar que uma criança autorregulada analisa e interpreta os requisitos das tarefas a serem desenvolvidas a partir de seu conhecimento prévio e de crenças já internalizadas.

A autorregulação é uma condição consciente e voluntária da espécie humana, definida como a capacidade de autodeterminação e direcionamento de vida de acordo com padrões próprios (BORUCHOVITCH, 1994). Esta condição acompanha a aprendizagem como um processo sistemático e controlável de aquisição de conhecimento e habilidades. É um campo relativamente novo na educação, estando primariamente ligado ao estudo do rendimento acadêmico. Postula que as pessoas podem monitorar e avaliar seu próprio comportamento e suas consequências para o sucesso ou o fracasso de seus projetos. Para Har

(2006), a autorregulação pode ser definida como aqueles pensamentos, ações e sentimentos autogerados, sistematicamente orientados para a meta desejada, especialmente em face de distrações e obstáculos.

Para Boruchovitch (1994) a autorregulação envolve escolhas, tomada de decisão e planejamento, tornando o sujeito responsável por suas ações. Os professores podem ajudar a promover a aprendizagem e a autorregulação pela forma com que passam as tarefas, estabelecem as metas, avaliam seus alunos e fornecem ajuda. As tarefas têm de ser significativas e ligadas ao mundo real.

Os processos autorreguladores têm sido ligados ao estudo do sucesso acadêmico em termos de comportamentos estratégicos para a aprendizagem, desenvolvimento cognitivo ou performances acadêmicas específicas. Uma das primeiras referências para a compreensão da autorregulação no trabalho acadêmico foi o modelo behaviorista. Esse modelo compreende a autorregulação como a junção de três processos: o automonitoramento, a autoinstrução e o autorreforço (HAR, 2006).

Para Bandura (1977), autoeficácia é a crença na habilidade pessoal de desempenhar com sucesso determinadas tarefas ou de apresentar determinados comportamentos para produzir um resultado desejável. A crença de autoeficácia é composta pelas expectativas de autoeficácia e de resultados. Expectativa de autoeficácia é a convicção (crença) de que se pode apresentar o comportamento necessário para se atingir determinados resultados e expectativa de resultados é a crença (convicção) pessoal de que dado comportamento levará a determinados resultados.

A expectativa de autoeficácia é alimentada por quatro fontes de informação: realizações pessoais, observação de experiências, persuasão verbal e respostas emocionais. Realizações pessoais são as fontes de informação mais importantes para a expectativa de eficácia, pois são baseadas em experiências próprias. A observação de experiências refere-se à observação de pessoas desempenhando atividades sem consequências adversas, o que pode gerar no observador a expectativa de que ele também é capaz de realizá-las. A persuasão verbal é uma estratégia amplamente utilizada, na qual as pessoas são estimuladas a enfrentar situações que imaginavam superar suas habilidades. As respostas emocionais a situações estressantes eliciam respostas emocionais que podem interferir na percepção de competência pessoal. Minimizar o desgaste emocional melhora a percepção de autoeficácia e o desempenho. (AGUERRE, 2005, p.6).

2.1.1.1 Autoconceito

O autoconceito refere-se à percepção que uma pessoa tem sobre o *self*. Comenta Mc David (1990) que o autoconceito é aquilo que cada indivíduo sabe sobre si através da experiência, reflexão e *feedback* do ambiente social. Trata-se de uma instância estruturada cognitivamente, compreendendo crenças que cruzam todas as facetas da experiência e da ação, sendo que estas participam da organização de uma série de hábitos, habilidades, perspectivas, idéias e sentimentos que a pessoa apresenta.

Stevanato *et al* (2003) afirmam que o eixo central dessa crença é o conhecimento que o indivíduo tem de si próprio. Nesta mesma direção, afirmam ainda que o autoconceito é um construto psicológico que permite ao indivíduo construir sua personalidade através da percepção do “eu”, juntamente com os julgamentos advindos da interação com os demais, levando-os a perceber, assim, suas necessidades e motivações.

Portanto, o autoconceito é o conhecimento que temos de nós mesmos, construído por meio das imagens que percebemos sobre e pelo julgamento das imagens que os outros fazem de nós. E ainda, segundo Oliveira (2004, p. 61), o autoconceito pode ser interpretado como “um ato cognitivo, que se dá durante toda a vida mediante as interações sociais, exigindo do indivíduo uma tomada de consciência, um juízo, um posicionamento, uma postura, um autoconhecimento”. Dessa forma, o autoconceito pode ser concebido como uma noção pluridimensional que cada pessoa tem sobre si, que engloba representações sobre diferentes aspectos, tanto físicos, quanto psicológicos e sociais. Muitos estudos têm assinalado, de forma sistemática, significativas correlações entre autoconceito e o desempenho acadêmico, partilhando da afirmativa de que conhecimentos e sentimentos positivos em relação a si próprio repercutem no bom funcionamento individual, na motivação e na forma como os indivíduos respondem às demandas da aprendizagem (BORUCHOVITCH, 1994).

Okano, Loureiro, Linhares e Marturano (2004) avaliaram o autoconceito de 40 crianças de ambos os sexos, na faixa etária de sete a dez anos, alunos de 1ª e 2ª séries do Ensino Fundamental de uma escola da rede pública do município de Uberaba (MG), com nível intelectual pelo menos médio inferior, divididos em dois grupos: o G1 reuniu 20 crianças com dificuldades de aprendizagem escolar que

frequentam, além do ensino regular, um programa complementar denominado Ensino Alternativo; enquanto o G2, por sua vez, foi composto por 20 crianças sem dificuldades escolares frequentando o ensino regular com bom rendimento. Os instrumentos utilizados foram as Matrizes Progressivas Coloridas - Raven Infantil - Escala Especial e Escala Infantil Piers-Harris de Autoconceito. Observou-se que as crianças do G1 apresentaram tanto o escore de autoconceito global quanto os escores nas dimensões status intelectual e popularidade significativamente menor do que as crianças do G2.

Em uma pesquisa realizada com 515 estudantes de 18 escolas, Ashman e Kraayenoord (1998), ao compararem crianças com baixo e elevado autoconceitos, observaram que as crianças com autoconceito elevado eram consideradas mais populares, mais cooperativas, mais assíduas, mostravam maior liderança entre os colegas, eram menos ansiosas, recebiam maior apoio das famílias e possuíam maiores expectativas de sucesso no futuro. Por outro lado, crianças com autoconceito rebaixado possuíam maiores dificuldades em leitura e em matemática, falhavam na interação pessoal e tinham famílias mais desestruturadas. Os autores concluíram que existe uma relação interativa entre autoconceito e êxito nas realizações, incluindo a aprendizagem.

2.1.1.2 Autoestima

A autoestima, por sua vez, engloba aspectos da autopercepção que se referem ao grau de apreciação dos conteúdos que um indivíduo enxerga em si próprio. Possui um caráter essencialmente avaliativo (tais avaliações cobrem um espectro amplo de atributos pessoais) e grande carga afetiva. Alguns autores, como Blascovich e Tomaka (1991), consideram-na relativamente estável e consistente. Beane e Lipka (1980), por sua vez, consideram a autoestima vulnerável a influências situacionais.

A autoestima compreende o conjunto de critérios pessoais que o indivíduo estabelece para julgar a si próprio diante das experiências de vida, sejam elas boas ou más. O autoconceito e a autoestima são fenômenos interligados e fornecem a base para que o indivíduo perceba a si mesmo e construa sua autoimagem, a qual usará como referência em todas as situações que vivenciar.

Na tentativa de clarear a distinção entre autoestima e autoconceito, pode-se dizer que a autoestima refere-se à avaliação afetiva que fazemos do nosso autoconceito em seus diferentes componentes, tendo assim uma característica global e unidimensional. Já o autoconceito é uma representação do *self* que inclui aspectos predominantemente cognitivos e comportamentais em suas autoavaliações, enquanto a autoestima possui um forte componente emocional.

A autoestima é a avaliação que o indivíduo faz, e que habitualmente mantém, em relação a si mesmo. Expressa uma atitude de aprovação ou desaprovação e indica o grau em que o indivíduo se considera capaz, importante e valioso. Em suma, a autoestima é um juízo de valor que se expressa mediante as atitudes que o indivíduo mantém em face de si mesmo. É uma experiência subjetiva que o indivíduo expõe aos outros por relatos verbais e expressões públicas de comportamentos. (COOPERSMITH, 1967, p.12).

Linhares, Parreira, Marturano e Sant'Anna (1993) apontaram a existência de relação entre dificuldades de aprendizagem e baixa autoestima, aceitação e popularidade perante os colegas de sala de aula, com a dificuldade no desenvolvimento da capacidade produtiva na escola, significando fracasso para o estudante.

Estudos têm também relatado que as crianças com dificuldades de aprendizagem tendem a possuir autopercepção mais negativa sobre o seu próprio comportamento quando comparadas a crianças que têm rendimento satisfatório e, também, quando comparadas àquelas que têm baixo rendimento mas não são identificadas como tendo dificuldade de aprendizagem (BELTEMPO e ACHILE, 1990; CLEVER, BEAR e JUVONEN, 1992; LEONDARI, 1993; JACKSON e BRACKEN, 1998).

Murray e Lopez (1996) observaram que o aluno que recebe apoio e encorajamento da escola em direção à autonomia é geralmente um aluno com elevada autoestima. A experiência escolar, portanto, parece afetar significativamente o autoconceito, os valores em relação a si próprio e, conseqüentemente, a autoestima.

A formação, pela criança, de uma autoimagem positiva dá-se através da interação desta com o meio, na medida em que introjeta as atitudes dos outros em resposta à sua própria situação. Uma autoavaliação realista e a justa medida da

autoestima são pedras fundamentais para um ajustamento sadio, tornando-se fatores motivacionais fundamentais para aprendizagem.

Segundo Miras (1996), a atribuição de um maior ou menor sentido pessoal àquilo que deve aprender é um dos principais fatores que condicionam o tipo de motivação e o enfoque que o aluno adota para realizar sua aprendizagem, incidindo, desse modo, no desenvolvimento dos processos e nos resultados que se consegue obter. Para a autora, a maneira concreta como o processo se desenvolve e a dinâmica da interação entre o professor e o aluno pode influir e alterar seus interesses iniciais, modificando o sentido, a motivação e o enfoque da aprendizagem.

2.1.1.3 Crenças de controle

O terceiro aspecto que compõe o conjunto de crenças autorreferenciadas, além do autoconceito e da autoestima, é a percepção de controle, ou crenças de controle. Segundo Loos (2003), a percepção de controle consiste no grau em que uma pessoa acredita possuir (ou ser capaz de conseguir) os recursos necessários para dominar as situações que a ela se apresentam; ou seja, tais crenças informam ao indivíduo sobre suas possibilidades de controlar essas situações.

Para Skinner (1995) o controle percebido é usualmente considerado como um conjunto flexível de crenças interrelacionadas que se organizam em torno de interpretações das experiências prévias em determinados campos da vida dos indivíduos. São responsáveis por gerar expectativas sobre a extensão em que o *self* é capaz de produzir os efeitos desejados (ou impedir os indesejados) dentro de um determinado contexto. Crenças de controle são, mais precisamente, representações subjetivas da própria capacidade para exercer controle sobre o ambiente e o próprio comportamento. Fazem parte de um amplo sistema chamado "sistema de competência" e permitem planejar, iniciar e orientar ações dirigidas a metas. Estão ligadas ao autoconceito e ajudam a determinar os sentimentos de autoestima.

Os teóricos que se ocupam das percepções de controle argumentam que estas crenças são extremamente poderosas, especialmente porque refletem a necessidade humana fundamental para a competência. Essa é uma das idéias que fundamentam a teoria da auto-determinação (*self-determination theory*) (DECI e

RYAN, 1985; DECI *et al*, 1999), a qual postula que as pessoas procuram se engajar em atividades que apresentam desafios e julgam essas atividades intrinsecamente motivadoras porque procuram satisfazer uma necessidade básica: a necessidade de competência.

As crenças de controle podem ser de dois tipos: de contingência (crenças sobre a probabilidade com que certas ações conduzirão a certos resultados, ou seja, crenças sobre a relação entre meios e fins), ou de competência, agência ou autoeficácia (crenças sobre a própria competência para produzir essas ações).

Além disso, as percepções de controle envolvem uma dimensão denominada “*locus* de controle” (LEVENSON, 1981; ROTTER, 1990), que podem ser classificados em interno e externo. O primeiro é descrito como a tendência do indivíduo em atribuir aos próprios comportamentos, ações e características pessoais os acontecimentos de sua vida. No segundo, as pessoas acreditam que o destino, a chance, a sorte, e mesmo as outras pessoas são forças complexas responsáveis pelos acontecimentos de sua vida.

As crenças de controle constituem um veículo muito importante para que o indivíduo seja motivado a agir e direcionar uma ação, guiando-a para a obtenção de um determinado resultado. Por exemplo, no contexto acadêmico, o aluno motiva-se muito mais ao se envolver nas atividades de aprendizagem caso se sinta talentoso ou hábil para adquirir novos conhecimentos; considerando o inverso, este indivíduo tenderia a abandonar estratégias de ação que não lhe representassem incentivo. Como aponta Bzuneck (2003, p.113), “as crenças de autoeficácia influenciam nas escolhas de cursos de ação, no estabelecimento de metas, na quantidade de esforço e na perseverança em busca dos objetivos”.

A crença na própria capacidade de exercer controle sobre seu nível de funcionamento e sobre as demandas do ambiente pode exercer impacto considerável no desenvolvimento e adaptação de uma pessoa (HAR, 2006). O mesmo autor aponta que, quando ao processo de aprendizagem é adicionado um forte senso de autoeficácia, elevando o autoconceito e auxiliando os estudantes a desenvolver um maior autocontrole interno, maiores serão as oportunidades do aluno e mais sólidas suas crenças acerca de suas possibilidades de aprendizagem.

2.2 DEPRESSÃO E SAÚDE MENTAL

O percurso da conceituação de *saúde* teve inicialmente uma ligação direta com a Religião e a Filosofia, para depois ir se aproximando de maneira gradativa das práticas da Medicina e, assim, do desenvolvimento das Ciências Fisiológicas e Biológicas. Hoje pressupõe uma ligação indissociável com as áreas humanas do conhecimento. Contini (2001) relata que a Psicologia sofreu fortes influências da Medicina, nascendo no bojo de uma visão de patologia. Indica que na Pedagogia “essa ponte foi feita através dos testes psicológicos, primeiramente utilizados pelos médicos, para identificar as características das crianças com distúrbios de aprendizagem.” (CONTINI, 2001, p. 51).

A partir da década de 30 do século XX, o sistema de ensino brasileiro começou a receber as contribuições que os estudiosos da Biologia e da Psicologia traziam sobre o desenvolvimento da criança, passando a trabalhar com dados científicos referentes aos estudantes⁶. Vários laboratórios⁷ fortaleceram as pesquisas sobre desenvolvimento, inteligência, memória, aprendizagem, entre outros temas ligados à área de Psicometria na Psicologia Educacional.

Em 1946, a Organização Mundial de Saúde (OMS), no preâmbulo de sua constituição, redefiniu o conceito de saúde: “(...) é um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de distúrbios ou doença”. Porém, somente na década de 50 essa noção de saúde começou a ser reforçada por um movimento desencadeado pela OMS que caracterizou a dimensão social da mesma. A última década citada é considerada como tendo sido “extremamente rica em descobertas bioquímicas que motivaram pesquisas em nível molecular de psicopatologia, especialmente a depressão.” (QUEIROZ, 1985, p.14).

A partir da década de 70, os psicólogos brasileiros iniciaram ações preventivas e de promoção da saúde, introjetando essa concepção mais ampla do termo saúde e questionando as políticas vigentes no país após a ditadura militar. Dessa forma, indagava-se sobre como ser um profissional de saúde dentro de uma nova conceituação ecológica ou sistêmica de saúde, como propunha a OMS:

⁶ “(...) para Lourenço Filho, a Psicologia científica brasileira foi construída num esforço entre educadores e médicos, especialmente no campo da ‘higiene mental’. Desde o início do século foram sendo instalados laboratórios para o desenvolvimento dos conhecimentos psicológicos, destacando-se os do Rio de Janeiro e de São Paulo.” (CONTINI, 2001, p. 54).

⁷ Mais especificamente em Minas Gerais e na Bahia.

(...) parece óbvio que a saúde seja condicionada pela nutrição, moradia, vestuário, higiene de água e dos esgotos, salubridade no trabalho, remuneração e capacidade aquisitiva satisfatória, fruição de lazer, educação, cultura e por outros fatores relacionados com o ambiente físico e social onde vive o ser humano. (MOURA, 1989, p.30).

Mas como insere-se o estudo da depressão dentro deste contexto? Segundo Coutinho (2000), o emprego do termo “depressão”, na Psiquiatria, data do século XIX. Contudo, a depressão enquanto quadro nosográfico da psiquiatria infantil tornou-se objeto de interesse científico no século XX, precisamente a partir da década de 60. Didier (1990, p.25) informa “a existência de formas melancólicas na infância”, reconhecendo trabalhos em épocas anteriores aos da segunda metade do século passado. No entanto, eram escassos os trabalhos durante o século XIX e meados do século XX publicados sobre transtornos mentais na infância e na adolescência que possuísem como objeto de estudo os distúrbios do humor.

Encontra-se em Raskin (1977) uma explicação do motivo pelo qual a depressão infanto-juvenil, enquanto quadro nosográfico, passou tanto tempo despercebida, tendo em vista a existência das tabelas de depressão já no final do século retrasado: os pedopsiquiatras foram, durante muito tempo, direcionados pelo modelo da depressão do adulto, e as crianças, supostamente, não saberiam falar sobre seus sintomas, por falta de amadurecimento intelectual que as possibilitasse identificar e verbalizar a “dor moral”. Coutinho (2000) ainda comenta que os aportes psicanalíticos teriam sido por algum tempo responsáveis pelo não-reconhecimento da depressão infantil enquanto quadro nosográfico. Mediante estes aportes, o conceito de depressão era visto como um fenômeno superegóico e, portanto, não aplicável à criança. Uma vez que esta não possuiria um superego internalizado e bem desenvolvido, não poderia desenvolver um estado depressivo, devido à imaturidade de suas estruturas psíquicas. Atualmente, observa-se que os aportes psicanalíticos da depressão apóiam-se sobre o tripé perda, superdependência da aprovação externa e internalização da raiva.

Considera-se a década de 60 do século XX como a época do reconhecimento do transtorno depressivo infanto-juvenil, visto que estudiosos apontaram diferenças entre o quadro clínico do adulto, da criança e do adolescente (TOOLAN, 1962; BURKS e HARRISON, 1962; SANDLER e JOFFE, 1965; FROMMER, 1967; GLASER, 1967; NISSEN, 1983). A maior parte dos estudos epidemiológicos desenvolvidos sobre a saúde mental da criança foi realizada com a

ajuda de instrumentos baseados na classificação americana que resultou no DSM-III e em sua versão revisada DSM-III-R, verificando-se que, no decorrer dos anos 80, os critérios de avaliação dos quadros da criança eram os mesmos dos do adulto. Na classificação do DSM-IV⁸ e posteriormente, em sua revisão, no DSM-IV-TR⁹, observam-se pequenas modificações quanto às considerações feitas na sintomatologia da doença em crianças e adolescentes.

Em 1972, o tema foi objeto de discussão no 4º Congresso da União de Pedopsiquiatria. Já em 1975, o NIMH (*National Institute of Mental Health*) organizou o primeiro simpósio sobre a depressão na infância. Em seguida, em 1976, houve o Congresso de Epidemiologia Pedopsiquiátrica em Londres (COUTINHO, 2000, p.41). Mas foi através dos estudos de Kovacs e Beck (1977) que a depressão infantil passou a ser considerada, de fato, uma entidade sindrômica, independente da do adulto, estabelecendo-se, a partir daí, critérios de diagnóstico clínico, psicológico e biológico.

Os vários fatores que podem desencadear uma doença afetiva ainda não estão totalmente esclarecidos. Na tentativa de descobrir o que desencadeia a depressão, cientistas se empenham em desvendar as possíveis implicações genéticas, a estrutura cerebral, e a relação entre os mecanismos químicos do cérebro com as alterações psíquicas¹⁰.

Segundo Hollen, Thase e Markowitz (2005, p. 56), “a depressão é um dos transtornos psiquiátricos mais comuns e um importante fator de incapacitação no

⁸ Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 2000.

⁹ *American Psychiatric Association*, 2002.

¹⁰ A bioquímica tem sido muito frutífera no estudo da biologia da depressão. As primeiras hipóteses biológicas da fisiopatologia dos transtornos afetivos nasceram juntamente com o estudo dos possíveis mecanismos de ação dos antidepressivos. Postulavam que a depressão seria o resultado de um déficit central de noradrenalina. Acredita-se ainda que a depressão está relacionada ao hipofuncionamento bioquímico da atividade de neurotransmissores, notadamente da serotonina, noradrenalina e dopamina. Logo, segundo Forest, Layton e Koninck (2005), aceita-se a idéia de que o aumento da disponibilidade de neurotransmissores melhora o quadro depressivo. Mas é verdade que a depressão não pode ser atribuída exclusivamente ao hipofuncionamento desses neurotransmissores ou à diminuição de seus níveis no cérebro, pois trata-se de uma fisiopatologia multifatorial. As hipóteses baseadas na “deficiência” de neurotransmissores têm sido, pois, substituídas por hipóteses mais enfocadas nos neuroreceptores (STAHL, 1998). Pensando no modelo neuroanatômico da depressão, que considera as estruturas cerebrais envolvidas na depressão, ter-se-ia a amígdala como uma das regiões primárias para avaliação e processamento do estímulo emocional. O envolvimento do córtex pré-frontal tem sido constatado por recentes exames da função cerebral. Esta parte do cérebro possui conexões abrangentes com outras estruturas; estas igualmente participantes do comportamento emocional e das respostas a estressores (autônomicas e neuroendócrinas). Essas estruturas incluem a amígdala, o hipotálamo, o núcleo *accumbens*, e os núcleos serotoninérgicos, noradrenérgicos e dopaminérgicos do tronco cerebral (SAPOLSKY, 2000).

mundo todo. O impacto dos transtornos de humor na qualidade de vida [...] é equivalente ao das doenças cardíacas”. O DSM-IV-TR™ divide e organiza os transtornos de humor em diferentes categorias, desde os episódios de depressão maior até os transtornos bipolares, incluindo transtornos de humor induzidos por substâncias; devido à condição médica geral; causados por estressores sociais; episódios de humor associados com características de catatonia; melancolia e outros tipos não especificados de transtornos depressivos.

Os critérios para o diagnóstico do Episódio Depressivo Maior, segundo o DSM-IV-TR™, são:

- A. Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de 2 semanas e representam uma alteração a partir do funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda do interesse ou prazer. Nota: Não incluir sintomas nitidamente devidos a uma condição médica geral ou alucinações ou delírios incongruentes com o humor.
- (1) humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, indicado por relato subjetivo (por ex., sente-se triste ou vazio) ou observação feita por outros (por ex., chora muito).
Nota: Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável¹¹
 - (2) interesse ou prazer acentuadamente diminuídos por todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicado por relato subjetivo ou observação feita por outros).
 - (3) perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta (por ex., mais de 5% do peso corporal em 1 mês), ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias. Nota: Em crianças, considerar falha em apresentar os ganhos de peso esperados.
 - (4) insônia ou hipersonia quase todos os dias.
 - (5) agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outros, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento).
 - (6) fadiga ou perda de energia quase todos os dias.
 - (7) sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante), quase todos os dias (não meramente auto-recriminação ou culpa por estar doente).
 - (8) capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outros).
 - (9) pensamentos de morte recorrentes (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.
- B. Os sintomas não satisfazem um critério para um Episódio Misto (p. 319).
- C. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
- D. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso ou medicamento) ou de uma condição médica geral (por ex. hipotireoidismo).
- E. Os sintomas não são melhor explicados por luto, ou seja, após a perda de um ente querido; os sintomas persistem por mais de dois meses ou são caracterizados por acentuado prejuízo funcional, preocupação mórbida com desvalia, ideação suicida, sintomas psicóticos ou retardo psicomotor.

QUADRO 1 - CRITÉRIOS PARA O DIAGNÓSTICO DO EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR¹²
FONTE: DSM-IV-TR™ (2002)

¹¹ Segundo o DSM-IV-TR™ (2002, p.311), “(...) deve-se ter cautela para não superdiagnosticar um Episódio Depressivo Maior nas crianças com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, cuja perturbação do humor se caracteriza mais por irritabilidade do que por tristeza ou perda do interesse.”

¹² A característica essencial do Transtorno Depressivo Maior é um curso clínico caracterizado por um ou mais episódios depressivos maiores.

Períodos de tristeza são aspectos inerentes à experiência humana e não devem ser diagnosticados como Episódio Depressivo Maior, a menos que sejam satisfeitos os critérios acima citados.

No CID-10¹³ encontra-se uma parte dedicada aos transtornos emocionais e de comportamento com início, usualmente, na infância e na adolescência, codificados de F90 a F98. No entanto, os transtornos do humor (afetivos), encontram-se listados em outra parte, não havendo considerações específicas acerca da sintomatologia infanto-juvenil. Estão codificados de F30 a F39; dentre estes, os que se referem à depressão estão categorizados como F32 (F32.0 a F32.9) e F33 (F33.0 a F33.9).

As descrições clínicas e diretrizes diagnósticas deste manual quanto ao episódio depressivo compreendem as seguintes:

F32 Episódio depressivo

Em episódios depressivos típicos, de todas as três variedades descritas abaixo [leve (F32.0), moderado (F32.1) e grave (F32.2 e F32.3)], o indivíduo usualmente sofre de humor deprimido, perda de interesse e prazer e energia reduzida levando a uma fadigabilidade e atividade diminuída. Cansaço marcante após esforços apenas leves é comum. Outros sintomas comuns são:

- (a) concentração e atenção reduzidas;
- (b) autoestima e autoconfiança reduzidas;
- (c) idéias de culpa e inutilidade (mesmo em um tipo leve de episódio);
- (d) visões desoladas e pessimistas do futuro;
- (e) idéias ou atos autolesivos ou suicídio;
- (f) sono perturbado;
- (g) apetite diminuído.

QUADRO 2 - DESCRIÇÕES CLÍNICAS E DIRETRIZES DIAGNÓSTICAS SEGUNDO O CID-10
FONTE: CID-10 (1993)

Segundo o CID-10 (1993), para se caracterizar um quadro de episódio depressivo o humor rebaixado do indivíduo deve variar pouco no decorrer dos dias e não ser responsivo às circunstâncias. A apresentação clínica mostra marcantes variações individuais e indica que apresentações atípicas são particularmente comuns na adolescência. Em alguns casos, ansiedade, angústia e agitação motora podem ser mais proeminentes em alguns momentos do que a depressão e a mudança do humor. No entanto, a depressão pode estar sendo mascarada por aspectos adicionais, tais como irritabilidade, consumo excessivo de álcool,

¹³ Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 (Classificação Internacional de Doenças, 1993, 10ª edição).

comportamento histriônico, exacerbação de sintomas fóbicos ou obsessivos preexistentes ou por preocupações hipocondríacas.

2.2.1 Aspectos psicológicos da depressão infanto-juvenil

Os transtornos depressivos começaram a despertar a atenção das autoridades ligadas à área de saúde pública no Brasil há relativamente pouco tempo. Assim sendo, há poucos estudos de cunho científico, realizados dentro da realidade brasileira, abordando a família, o adolescente e a depressão, causas e consequências psicológicas para os próprios indivíduos e para os nichos sociais onde estão inseridos.

Os transtornos do humor constituem um grupo de condições clínicas caracterizadas pela perda do senso de controle e uma experiência subjetiva de grande sofrimento, podendo-se observar perda de energia e interesse, dificuldade de concentração, perda de apetite, sentimento de culpa, além de pensamentos sobre morte e suicídio. Todas essas variações comprometem a vida social, profissional e interpessoal do indivíduo. Hassibi (1982) conceituou os distúrbios mentais, dentre eles a depressão, como uma construção hipotética da interação dinâmica entre fatores biológicos, psicológicos e sociais. Nas perturbações de humor, os desvios dos parâmetros psicológicos e biológicos são concorrentes¹⁴.

De acordo com Baptista (1997, p. 3), “o humor irritável, tanto em crianças quanto adolescentes, parece ser mais frequente quanto menor é a idade”. Talvez isto ocorra devido à falta de clareza dos estados internos e das situações externas que contribuem para os sintomas da depressão nesta faixa etária. Segundo o mesmo autor, as queixas somáticas podem ser frequentes, hipotetizando-se a falta de maturidade de mecanismos de enfrentamento das situações que estejam

¹⁴ Do ponto de vista biológico, a depressão é encarada como uma possível disfunção dos neurotransmissores, neuroreceptores, devido à herança genética, a anormalidades e/ou falhas em áreas cerebrais específicas, como citado anteriormente. Trata-se da depressão classificada como endógena, ou seja, aquela geneticamente determinada. A partir de uma perspectiva psicológica, a depressão pode estar associada a algum aspecto comprometido da personalidade, baixas autoestima e autoconfiança. No âmbito social, a depressão pode ser vista como uma inadaptação ou um apelo por ajuda, ou como uma possível consequência da violação de mecanismos culturais, familiares, escolares, etc. As variáveis psicológicas e sociais caracterizam a depressão classificada como exógena, ou seja, a que é resultante aparentemente de problemas psicológicos e/ou ambientais (ANDRIOLA e CAVALCANTE, 1999).

proporcionando desprazer, devido à escassez de um repertório comportamental mais complexo. A depressão infanto-juvenil pode estar associada “[...] à avaliação negativa dos amigos, autoestima empobrecida, rendimento escolar enfraquecido, sensação de fracasso, avaliação negativa dos professores, [...] afastamento social, [...] distraimento e dificuldades escolares, e recusa em ir para a escola.” (GRUNSPUN, 1999, p.34).

O indivíduo perde o prazer por atividades que antes eram consideradas agradáveis, podendo retrair-se socialmente e perder o interesse sexual. A insônia é a perturbação do sono mais frequente; a agitação ou o retardo psicomotor caracterizam-se marcadamente; pode existir relato de cansaço sem esforço físico subjacente. O sentimento de desvalia ou culpa pode incluir avaliações negativas e irrealistas do próprio valor, bem como pensamentos persistentes sobre pequenos fracassos passados e interpretações errôneas de eventos cotidianos. Pode encontrar-se distraído, sentindo dificuldade em executar tarefas escolares; observa-se aí uma queda abrupta no rendimento escolar, devido à dificuldade de concentração e de memória. A ideação e a tentativa de suicídio sugerem fim ao estado desconfortante em que o sujeito vive, percebido por ele como interminável ou impossível de ser resolvido, em vida. (ARO, 1994; LARSON *et al*, 1990; CURRY *et al*, 1992; NUNES, DÁRIO e PAULUCCI, 1992).

De acordo com a “tríade cognitiva”¹⁵ de Beck *et al* (1982), o indivíduo se percebe como inadequado, indesejável e doente, subestima-se e se autocritica por estes defeitos, julgando-se sem valor e sem capacidade para ser feliz. O mundo é visto como impiedoso e difícil, lhe colocando obstáculos insuperáveis. A longo prazo o indivíduo prevê sofrimentos, frustrações e privações contínuas.

Realizar o diagnóstico em crianças e adolescentes não é fácil, na medida em que estes não conseguem identificar ou nomear os vários sintomas que aparecem de maneira multifacetada. Os pais ou responsáveis geralmente procuram ajuda do pediatra por problemas que inicialmente não são identificados como sendo relacionados à depressão. As principais queixas orgânicas são cefaléia, dores abdominais e diarreia.

¹⁵ Os esquemas, dentro deste modelo da tríade cognitiva, são padrões cognitivos estáveis de funcionamento que formam a base da regularidade nas interpretações de conjuntos específicos de situações. Nos indivíduos depressivos estes esquemas são disfuncionais, conduzindo à distorção da realidade, predominando pensamentos negativos.

[...] quando a criança ou adolescente apresenta sintomas depressivos e vai ao [...] especialista, nem sempre o profissional dá a importância devida a esses sintomas depressivos, [...] o que contribui para o agravamento desses sintomas. Entre os sintomas que merecem destaque estão a baixa autoestima, a tristeza, a frustração, os medos e o baixo rendimento escolar. (BARBOSA e GAIÃO, 1999b, p. 48).

Aparecem também a falta de apetite ou apetite exagerado, insônia, irritabilidade, agressividade ou passividade exagerada, choro sem razão aparente, dificuldades cognitivas, comportamento anti-social, indisciplina, idéias ou comportamento suicidas (CALDERARO e CARVALHO, 2005). Ainda, dependendo da idade, as crianças podem apresentar diferentes sintomas como queixas somáticas e recusa em ir à escola. Quando são maiores ou na adolescência, os sintomas já são mais parecidos com os dos adultos (LIMA, 2004).

Para a depressão infanto-juvenil os fatores estressantes seriam, *a priori*, um desencadeante. Aos acontecimentos vitais têm sido atribuídos uma função depressógena sobre o comportamento infantil, ou seja, o aparecimento de um acontecimento ou evento estressante pode descompensar a conduta infantil, favorecendo o surgimento de pensamentos e sentimentos depressivos na criança (BARBOSA e LUCENA, 1995).

2.3 EDUCAÇÃO E DEPRESSÃO INFANTO-JUVENIL

Os comportamentos característicos dos indicadores depressivos podem ser percebidos no contexto educacional e, geralmente o baixo rendimento escolar é um dos primeiros sinais do surgimento de um possível quadro depressivo. Assim sendo, as pesquisas descritas a seguir defendem que a escola é um local bastante favorável à realização de estudos epidemiológicos em crianças, referentes a esta psicopatologia.

De acordo com Sisto e Martinelli (2006), os alunos mais agressivos e indisciplinados são aqueles que mais sofrem rejeição de seus pares e que também, normalmente, apresentam os piores desempenhos em suas atividades escolares. Os autores também indicam que quanto maior a aceitação social, menor será a dificuldade de aprendizagem e o baixo desempenho. Esses resultados deixam clara a importância da competência social no contexto das aprendizagens.

Segundo Santos e Graminha (2006), os diversos problemas acadêmicos enfrentados pelas crianças no processo de escolarização podem ser vivenciados como situações de fracasso, visto que a não obtenção de êxito diante das demandas escolares pode gerar sentimentos de frustração e comportamentos inadequados.

Para Coll *et al* (2004) a situação mais negativa se produz quando o professor constrói expectativas em torno de rendimento de alguns alunos que, por sua vez, apresentam autoconceito negativo e autoestima rebaixada. Ao desconfiar de suas próprias possibilidades, o aluno tem maior dificuldade para aproveitar a ajuda que lhe é oferecida, o que contribui para reforçar seu sentimento de incompetência e para confirmar as baixas expectativas do professor. Desse modo, o processo vai se retroalimentando e é difícil modificá-lo.

De acordo com Murray e Lopez (1996), quando uma criança entra na escola seu autoconceito já está substancialmente formado, principalmente pela influência da família. Assim, as crianças entram na escola esperando obter sucesso, sentindo-se, em princípio, bem consigo mesmas. Com o passar do tempo, entretanto, elas aprendem a ter crenças negativas acerca do sucesso. Essas mudanças são atribuídas, em parte, à maneira pela qual crianças processam o *feedback* sobre suas performances à medida que seu desenvolvimento cognitivo progride. O mais importante, entretanto, é que elas começam a aceitar o impacto da avaliação externa sobre seu rendimento, que é um fato comum no sistema educacional. Repetidas avaliações negativas por parte da escola, aliadas à opinião de seus amigos e familiares, podem afetar negativamente sua autoestima, reduzindo seu desempenho acadêmico, o que reforça a avaliação negativa externa.

Martinelli e Borges (2006) afirmam que as relações interpessoais são fundamentais para a formação e manutenção do “eu” porque as pessoas sabem quem são também por meio dos outros. Embora o autoconceito não seja exatamente o que os outros vêem, não seria possível saber quem se é sem as avaliações que os outros fornecem. Assim, o peso da rotulação termina por agravar o rebaixamento da autoestima e do autoconceito da criança, agravando uma possível dificuldade na aprendizagem e, num círculo vicioso, contribui para o fracasso escolar.

Bandim, Roazzi e Doménech (1998) investigaram o rendimento escolar em 200 crianças (9-12 anos) com sintomas depressivos, observando como a sintomatologia depressiva interfere no rendimento escolar, e abordando

particularidades envolvidas nas disciplinas escolares e sua relação com outras variáveis cognitivas e afetivas, como a função mnemônica de curto prazo e a autoestima. Os resultados mostraram diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de crianças com escores altos no CDI (*Children's Depression Inventory*) e o grupo controle para todas as variáveis estudadas: o grupo controle apresentou melhor rendimento em todas as matérias investigadas, bem como nas outras variáveis cognitivas e afetivas exploradas, valendo salientar que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos em relação à inteligência. Foi encontrada uma correlação estatisticamente significativa entre a sintomatologia depressiva e o rendimento escolar.

A pesquisa de Andriola e Cavalcante (1999) teve por objetivo avaliar a depressão em alunos da pré-escola através da Escala de Sintomatologia Depressiva para Professores (ESDM-P). A amostra foi composta por 345 alunos da pré-escola, com idade média de 5,6 anos, de ambos os sexos. Com as respostas dos professores fornecidas à ESDM-P foi organizado um banco de dados e as análises revelaram que 3,9% das crianças deste estudo apresentavam tendência à depressão.

Baptista e Golfeto (2000) detectaram a taxa de prevalência de sintomas depressivos em escolares da rede particular de ensino na cidade de Ribeirão Preto. Os sujeitos foram alunos de 7 a 14 anos e utilizou-se como instrumento o CDI. O referido instrumento foi aplicado em sala de aula, na presença de um pesquisador e uma professora da escola, em um total de 135 crianças, sendo 44% do sexo masculino e 56% do sexo feminino. A prevalência de sintomatologia depressiva encontrada foi de 1,48%. Concluiu-se que fatores regionais, socioeconômicos e culturais devem ser considerados em relação aos resultados com o uso deste instrumento.

Bahls (2002a) avaliou, também por meio da aplicação do questionário de autoavaliação CDI, o índice de sintomas depressivos e sua distribuição por idade e gênero em uma amostra de 463 alunos do ensino fundamental e médio (Curitiba - PR), com idade entre 10 e 17 anos. Concluiu que 3% da amostra indicava sintomas depressivos fortes¹⁶, e a distribuição por gênero foi de 72,3% para meninas e de

¹⁶ Foram divididos, os escores acima do ponto de corte, em subgrupos, pois o escore total do CDI pode variar entre 0 e 54. A qualidade "forte", na pesquisa de Bahls (2002a), sugere escores aproximando-se do limite máximo.

27,7% para meninos, representando 2,6 meninas para cada menino, diferença estatisticamente significativa. Com relação ao fator idade não houve diferença estatisticamente significativa; entretanto, encontrou-se uma tendência de aumento dos índices dos sintomas à medida que a idade aumentava durante a adolescência, dos 10 aos 15 anos, e observou-se uma redução, não significativa estatisticamente, nas duas faixas etárias de maior idade (16 e 17 anos). Confirmou-se a existência de alto índice, de acordo com a literatura (a partir da aplicação de instrumentos autoavaliativos), de sintomas depressivos entre adolescentes estudantes, havendo um nítido predomínio do gênero feminino sobre o masculino e com provável pico de aparecimento no período dos 12 aos 15 anos.

Cardoso, Rodrigues e Vilar (2004) estudaram a prevalência de sintomas depressivos em adolescentes que frequentam escolas secundárias do Concelho de Palmela (Portugal). Aplicou-se a versão portuguesa do Inventário de Depressão para Crianças (CDI) a uma amostra de 570 jovens entre os 12 e os 17 anos. Os autores encontraram, aproximadamente, 34% de sujeitos considerados em sofrimento psicológico.

Cruvinel e Boruchovitch (2004) avaliaram a relação entre sintomas de depressão e rendimento escolar e estratégias de aprendizagem de alunos do ensino fundamental. Participaram desta pesquisa 169 alunos de 3ª, 4ª e 5ª séries de uma escola pública da cidade de Campinas. Os alunos eram, em sua maioria, não repetentes, de ambos os sexos e com idade variando de 8 a 15 anos. Os resultados sugeriram a existência de diferenças significativas entre rendimento escolar em matemática e sintomas depressivos, bem como entre rendimento escolar tanto em português quanto em matemática e o repertório de estratégias de aprendizagem dos participantes. Uma correlação significativa e negativa foi também encontrada entre os sintomas de depressão e o repertório de estratégias de aprendizagem dos participantes.

Golfeto e D'Oliveira (2004) estimaram a prevalência da sintomatologia depressiva em escolares da cidade de Ribeirão Preto, com idades entre 7 e 14 anos, utilizando-se do CDI, em uma amostra de 2867 escolares. A prevalência estimada da sintomatologia depressiva foi de 6,1%, sem variação significativa entre os sexos.

Dell'Aglio e Hutz (2004) investigaram as variáveis depressão e desempenho escolar em 215 crianças e adolescentes, de ambos os sexos, de 7 a 15 anos, de

escolas públicas da periferia de Porto Alegre e Viamão (RS), divididas em dois grupos. Um grupo de participantes composto por 105 sujeitos estava abrigado em instituições governamentais de proteção especial, e o outro grupo composto por 110 sujeitos, morava com a família. Os participantes responderam ao CDI e às Matrizes Progressivas de Raven, enquanto as professoras responderam a uma escala de avaliação do desempenho dos alunos. Os resultados do CDI indicaram uma média mais alta entre as meninas e também no grupo institucionalizado. Foi encontrada uma correlação negativa entre o CDI e o desempenho escolar. As meninas apresentaram uma média mais alta no desempenho escolar e as crianças institucionalizadas uma média mais baixa. Para os autores, estes resultados indicam a necessidade de estratégias de atendimento específicas para crianças e adolescentes institucionalizados a fim de aumentar a qualidade de seu desempenho escolar e de prevenir a depressão, especialmente entre meninas.

Calderaro e Carvalho (2005) pesquisaram qualitativamente as manifestações depressivas em 9 crianças de 3 a 10 anos de idade que frequentavam creche e/ou utilizavam os serviços de saúde pública de Paranavaí (PR), considerando, ao final, que todas apresentavam sintomatologia depressiva. Os autores ressaltam que a creche é um contexto importante para se identificar sintomas de depressão, pois os profissionais (principalmente os professores) acompanham diariamente as crianças, percebendo mudanças nos padrões de comportamento das mesmas com maior facilidade.

2.3.1 Relações entre depressão e problemas de aprendizagem

As relações existentes entre os processos de aprendizagem e as emoções exigem que haja relações afetivas de qualidade no contexto escolar, com o objetivo de auxiliar os alunos no processo de elaboração e de execução das atividades envolvidas neste processo. A interação harmoniosa entre o professor e o aluno, o contato físico e as demonstrações de carinho e atenção enfatizam o caráter positivo das relações que se estabelecem neste contexto e possibilitam uma estreita ligação durante a aprendizagem.

O estilo cognitivo dos estudantes pode-se mostrar uma variável particularmente relevante, pois, até certo ponto, diferentes estilos cognitivos

constituem diferentes padrões de aprendizagem. Podem ser citadas, nesse âmbito, as dimensões dependência/ independência de campo, reflexividade/ impulsividade, simplicidade/ complexidade, rigidez/ flexibilidade. Desse modo, no tocante às atividades acadêmicas, um aluno que apresenta as dimensões de independência, reflexividade, flexibilidade e complexidade possui, teoricamente, mais recursos para a obtenção de aprendizagens mais eficientes (FIERRO, 1996). Além dos estilos cognitivos, existem outras variáveis comportamentais, que não são estritamente cognitivas, que constituem padrões de reação ante a realidade, modos de sentir-se afetado por ela e, em particular, modos de interagir com as demais pessoas. Esses padrões costumam conter importantes elementos de caráter motivacional e também de natureza emotiva, sendo igualmente pertinentes para a aprendizagem. Ainda, segundo Fierro (1996), personalidade e aprendizagem relacionam-se em dobro e em direção recíproca: por um lado, a personalidade se aprende, principalmente em contextos de interação pessoal; por outro, as características da personalidade de uma pessoa contribuem grandemente para motivar e determinar as aprendizagens.

Nesse sentido o modelo cognitivo da depressão desenvolvido por Beck *et al* (1982) centra-se na cognição como mediadora entre o afeto, os comportamentos e as reações fisiológicas. Portanto, a partir dessa perspectiva, os sintomas depressivos tendem a ser desencadeados por pensamentos negativistas. Utiliza-se, nessa ótica, o conceito da *tríade cognitiva*, na qual o indivíduo em estado depressivo possui três padrões cognitivos principais, sendo eles: visão negativa de si, do mundo e do futuro, além dos esquemas e do processamento defeituoso das informações. De acordo com os mesmos autores, o processamento falho da informação envolve algumas maneiras de validar os esquemas e pensamentos negativistas presentes no sujeito, as quais seriam:

a) inferência arbitrária: chega-se a uma conclusão específica na ausência de provas para corroborá-la;

b) abstração seletiva: focaliza-se um detalhe do contexto, desconsiderando aspectos importantes da situação e conceituando a totalidade da experiência com base neste fragmento;

c) hipergeneralização: chega-se a uma regra ou conclusão com base em incidentes isolados e generaliza-se o conceito à situações relacionadas e não com a situação primária;

d) exagero e minimização: erros na avaliação de significados ou magnitude dos acontecimentos;

e) personalização: relaciona-se ocorrências externas a si mesmo quando não existe base para estabelecer esta relação;

f) pensamento absolutista: tendência a valorizar as experiências de forma dicotômica e extremista.

O sujeito que porventura tenha uma visão bastante negativa de si, do mundo e do futuro, além de poder apresentar esquemas de processamento defeituoso das informações que recebe em ambiente escolar, compondo desta forma o estilo cognitivo de funcionamento depressivo relacionado à aprendizagem, pode apresentar sinais, durante a vida acadêmica, relacionados ao fracasso escolar.

Segundo Visca (1991), os aspectos do próprio sujeito que estão envolvidos no fracasso escolar podem ser de três naturezas: epistêmico, epistemofílico e funcional. Obstáculo *epistêmico* é aquele que deriva do estágio de desenvolvimento cognitivo alcançado pelo aluno, resultando em dificuldade de aprendizagem e fracasso escolar pelas limitações das estruturas cognitivas. O obstáculo *epistemofílico* designa as interferências no processo de aprendizagem resultantes do vínculo afetivo que o aluno estabelece com os objetos e situações de aprendizagem. O obstáculo é denominado *funcional* quando são detectadas dificuldades que não podem ser enquadradas como cognitivas nem afetivas. No entanto, o autor observa que obstáculos funcionais à aprendizagem, tais como problemas visuais ou auditivos graves, estão menos implicados no fracasso escolar que os obstáculos de origem afetiva e cognitiva. Por esta razão, é importante que o professor seja capaz de perceber a dificuldade do aluno antes que esta acabe por comprometer seu desempenho e resulte em redução da autoestima e negativização do autoconceito.

Segundo Santos e Graminha (2006), utiliza-se indiscriminadamente o termo “fracasso escolar”, referindo-se a um grupo heterogêneo de transtornos que vão desde aqueles que são de caráter intrínseco ao indivíduo, devido a disfunções no sistema nervoso central, por exemplo, até outros que apenas refletem diferenças culturais não reconhecidas pela escola. De acordo com os autores, a única certeza aparente é a de que há pessoas que, apesar de seus níveis intelectuais corresponderem à média da população, apresentam um desempenho inferior em

tarefas específicas, principalmente em áreas verbais e numéricas. Por isso, a preocupação dos educadores, em vez de no fracasso escolar, deveria estar nas estratégias a serem desenvolvidas para que o aluno possa efetivamente aprender.

Tapia e Garcia-Celay (1996) apontam que, diante do fracasso, o que acontece inicialmente não é uma diminuição do esforço ou da atividade, mas um incremento da mesma, e somente a experiência repetida do fracasso acaba por levar ao abandono da atividade.

Guilland, Körbes e Hernandez (2000) investigaram se as perdas pelas quais os adolescentes devem passar influenciam na intensidade da ansiedade e da depressão neste período, e se estes sentimentos podem influenciar negativamente a aprendizagem. A amostra foi composta por 332 alunos do Ensino Médio, de ambos os sexos e de nível sócio-econômico elevado. Para a coleta dos dados utilizou-se o questionário *Beck* de depressão e o Inventário de Ansiedade Traço-Estado de Spielberger. Realizou-se um estudo correlacional, onde os dados foram analisados segundo a análise de variância *three way*. Os resultados demonstraram que há uma significativa diferença em relação à intensidade da ansiedade-estado apresentada pelos jovens e à ansiedade-traço apresentada pelas jovens, assim como uma relação significativa entre traços depressivos e desempenho acadêmico.

Papazian, Manzano e Palacios (1992) afirmaram que na metade dos casos de jovens com traços ansiosos observados por eles na escola foi encontrada a inibição e que esta, passiva ou defensivamente, faz com que o pensamento intelectual se rompa. Segundo Parraga (1988), do ponto de vista cognitivo, as crianças com transtornos distímicos e de depressão maior são as que mais frequentemente têm dificuldades para ficarem atentas em classe e entender as explicações dos professores.

Bandim, Roazzi e Doménech (1998) sugerem que a queda no rendimento escolar é um dos primeiros sinais indicadores do possível aparecimento da depressão em crianças. No entanto, o fracasso escolar, as dificuldades de aprendizagem e a queda no rendimento podem ser tanto causa como consequência das depressões na infância e adolescência.

Bandim, Sougey e Carvalho (1995), em um estudo observando aspectos sintomatológicos com 32 crianças em idade escolar, realizado em um ambulatório de psiquiatria, também encontraram a queda no rendimento escolar como o segundo sintoma por ordem de frequência.

Finalmente, Ezpeleta (1990) investigou a compreensão de leitura e formação de conceitos não-verbais em 148 sujeitos (com idades entre 8 e 12 anos), sendo que estes apresentavam escores altos e baixos no CDI, comparando-os. O estudo demonstrou que crianças com escores altos no CDI apresentaram um pior desempenho na habilidade cognitiva investigada, desempenho este que pode interferir diretamente no rendimento escolar.

2.3.2 As práticas educacionais como atividades de promoção da saúde

O documento *Referenciais para a Educação Especial*, das Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica (BRASIL, 1991) aborda dois grandes temas: a organização dos sistemas de ensino para o atendimento ao aluno que apresenta necessidades educacionais especiais e a formação do professor.

Os programas de formação inicial devem incutir em todos os professores da educação básica uma orientação sobre as deficiências, as limitações de atividade¹⁷ e as restrições de participação¹⁸, que permita entender o que se pode conseguir nas escolas com serviços locais de apoio. Os conhecimentos e as aptidões requeridos são, basicamente, a capacidade de avaliar as necessidades especiais, de adaptar o conteúdo do programa de estudos, de recorrer à ajuda da tecnologia, e de individualizar os procedimentos pedagógicos para atender a um maior número de aptidões. Atenção especial deve ser dispensada à preparação de todos os professores para que exerçam sua autonomia e apliquem suas competências na adaptação dos programas de estudos e da pedagogia, a fim de atender às necessidades dos alunos e para que colaborem com os especialistas e com os pais.

A capacitação de professores especializados deve ser reexaminada com vistas a lhes permitir o trabalho em diferentes contextos e o desempenho de um papel-chave nos programas relativos às necessidades educacionais especiais. Seu

¹⁷ “Limitações de atividade são dificuldades que um indivíduo pode encontrar na execução de atividades.” (CIF, 2003, p. 21). Substitui o termo “incapacidade”, utilizado na versão experimental da CIF em 1980, quando era então denominada ICIDH (Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Limitações).

¹⁸ “Restrições de participação são problemas que um indivíduo pode enfrentar ao se envolver em situações vitais.” (CIF, 2003, p.21). Substitui o termo “limitação”.

núcleo comum poderia ser um método que abrangesse todos os tipos de dificuldades, especializando-se em uma ou em várias categorias particulares delas.

Deve-se partir do princípio de que os programas de estudos devem ser adaptados às necessidades das crianças e não o contrário, e sugere-se que aquelas que apresentam necessidades educativas especiais devem receber apoio adicional no programa regular de estudos, ao invés de seguir um programa de estudos diferente. Os administradores locais e os diretores de estabelecimentos escolares devem ser convidados a criar procedimentos mais flexíveis de gestão, a remanejar os recursos pedagógicos, a diversificar as opções educativas, bem como a estabelecer relações com os pais e com a comunidade.

As escolas, com essa orientação integradora, representam um meio eficaz de combater atitudes discriminatórias, de criar comunidades mais acolhedoras, de construir uma sociedade integradora e de ofertar educação para todos. Além disso, devem proporcionar uma educação efetiva à maioria das crianças, melhorando a eficiência e, certamente, a relação custo-benefício de todo o sistema educativo.

Costa (2004, p. 18) refere que, embora se saiba que a escola continua “excluindo, discriminando, construindo/desconstruindo, ensinando/aprendendo/desaprendendo, dividindo, necessitamos de ações que resgatem a autoestima de todos que nela atuam”. É possível que os problemas na aprendizagem sejam amenizados com a ajuda de profissionais competentes, “com um currículo mais adequado e material didático mais eficiente, e os problemas avaliados de forma científica e concreta.” (DALBEN, 1985, p. 61).

Muitos profissionais da rede de ensino não possuem preparo para lidar com crianças consideradas “problema” ou com as que possam vir a sê-lo. A ausência deste preparo pode ter consequências desastrosas, pois vários transtornos psicológicos podem e devem ser precocemente diagnosticados em indivíduos na faixa etária de seis a dez anos de idade, fases de desenvolvimento infantil e pré-adolescente, e tratados também nestes períodos, facilitando o aprendizado da criança, como também o desenvolvimento das relações interpessoais dentro e fora do ambiente escolar.

Um corpo escolar capacitado pode suprir mais seguramente as demandas de dificuldades no aprendizado e de relacionamento, fazendo encaminhamentos corretos às equipes multidisciplinares da área de saúde, ampliando recursos

próprios de manejo em sala de aula, sentindo-se verdadeiramente favorecedor do desenvolvimento infantil.

O despreparo vivenciado pela comunidade educativa, por outro lado, tem resultado em um quadro preocupante no que concerne à crescente onda de ações violentas, quer de ordem individual a professores e/ou alunos (física ou psicológica), quer social (ordem institucional). Estas ações vêm transformando o cenário da educação formal em um espaço desmotivador e desumanizador para docentes e discentes.

Em outras palavras, embora o processo de formação de profissionais para a educação básica vise à preparação destes para o atendimento dos diferentes níveis e modalidades de ensino e às características de cada fase do desenvolvimento do educando, o que na prática se verifica é que os postulantes à carreira docente, ao ingressar no mercado de trabalho, não possuem habilidades e competências desenvolvidas para atender à realidade educacional presente, principalmente no que tange aos problemas de comportamento evidenciados nos espaços educativos.

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 O ESTUDO

O estudo caracteriza-se como uma pesquisa quantitativa, cujos dados foram coletados através de instrumentos padronizados (já validados pela comunidade científica) com perguntas fechadas, acreditando-se que os resultados possam refletir, em alguma medida, a realidade dos sujeitos estudados. A pesquisa é, por outro lado, também exploratória, por não apresentar precedentes, encontrados na literatura, em que tenha se buscado estabelecer relações entre as diversas variáveis em questão de forma concomitante. É ainda correlacional, pois se propõe a medir o grau de correlação, do ponto de vista estatístico, entre as variáveis exploradas.

Certamente a análise multivariada, a análise contextual, a correlação são instrumentos poderosos para a compreensão de dados aglomerados, supondo-se a realidade de grandes coletividades. São importantes para a construção de indicadores, para as chamadas 'pesquisas de inteligência' (...) e outras modalidades de construções quantitativas. (MINAYO, 2004, p. 45).

A amostra é caracterizada como de conveniência, por ter sido constituída pelos alunos presentes em cada turma quando das visitas à escola, bem como pela proximidade e fácil acesso ao colégio onde foi realizada a pesquisa.

3.1.1 Participantes do estudo

Na primeira parte da pesquisa, 322 crianças e adolescentes em idade escolar, de 9 a 18 anos, alunos das últimas séries do Ensino Fundamental (5ª a 8ª séries) e alunos do Ensino Médio (1º ao 3º anos) de uma escola estadual situada na região central de Curitiba (PR), compõem a amostra. Na segunda parte da pesquisa, apenas uma parcela destes alunos participou, sendo que o critério considerado para a composição do segundo grupo será descrito na seção relativa

aos procedimentos do estudo. Abaixo, são listadas as turmas e o número de alunos participantes em cada uma delas, na primeira etapa:

5ª série: 33 alunos;
6ª série: 13 alunos;
7ª série: 44 alunos;
8ª série: 65 alunos;
1º ano: 84 alunos;
2º ano: 35 alunos;
3º ano: 21 alunos.

QUADRO 3 - TURMAS E A QUANTIDADE DE ALUNOS PARTICIPANTES NA PRIMEIRA ETAPA DA PESQUISA

FONTE: Escola pesquisada

3.2 INSTRUMENTOS

3.2.1 Inventário de Depressão Infantil (CDI)

O CDI (*Children's Depression Inventory*) foi elaborado por Kovacs (1985), sendo que seu objetivo geral é o de detectar a presença e a severidade do transtorno depressivo em crianças e adolescentes. É um instrumento adaptado do *Beck Depression Inventory* (BDI)¹⁹ para adultos. Aplica-se em crianças e adolescentes situados na faixa etária dos sete aos dezoito anos. Consta de vinte e sete itens, podendo ser aplicado de forma individual ou coletiva. Tem sido utilizado como instrumento de *screening* na identificação de crianças e adolescentes com alterações afetivas, de capacidade hedônica, de funções vegetativas, de autoavaliação e de outras condutas interpessoais.

Cada um dos seus itens consta de três opções de respostas, sendo que para cada uma delas um valor correspondente (0; 1; 2) é atribuído. O sujeito deve assinalar a opção que melhor descreve sua situação nas últimas semanas. Das três alternativas, uma se refere à normalidade, outra à severidade dos sintomas e a terceira à indicação de enfermidade clínica mais significativa. É conveniente

¹⁹ Inventário de Depressão Beck, referenciado por Barbosa e Gaião (1999a) e por Golfeto; Veiga; Souza; Barbeira (2002).

considerar que a autora do CDI sugere que as questões sejam divididas em cinco grupos ou dimensões (BAPTISTA, 1997):

a) humor negativo: tristeza, pessimismo preocupante, culpa, choro, incapacidade para tomar decisões (questões do CDI: 1, 6, 8, 10, 11, 13);

b) problemas interpessoais: não gostar de estar com as pessoas, desobedecer, colocar-se em brigas, perceber-se como uma criança ou adolescente ruim (questões do CDI: 5, 12, 26, 27);

c) ineficiência: precisar de grande esforço para fazer tarefas, sensação de fazer as coisas erradas (questões do CDI: 3, 15, 23, 24);

d) anedonia: perda da capacidade de sentir prazer em atividades que antes eram prazerosas, não conseguir divertir-se, cansaço fácil, sentimento de solidão, preocupação com dores (questões do CDI: 4, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22);

e) autoestima negativa: pessimismo, ódio em relação a si próprio, ideação suicida, imagem corporal negativa e sentimentos de desamor (questões do CDI: 2, 7, 9, 14, 25).

Quanto à formatação do instrumento, houve uma modificação em relação ao agrupamento de seus itens no papel para este estudo. Em sua forma original os itens são agrupados horizontalmente. Entretanto, para facilitar a compreensão dos itens pelos sujeitos desta amostra, os mesmos foram agrupados verticalmente (Anexo 1).

3.2.2 Escala Piers-Harris de Autoconceito (PH)

Trata-se de uma escala²⁰ multidimensional com 80 questões dicotômicas que avaliam o autoconceito (Anexo 2). Atribui-se às respostas escores 0 ou 1. O escore 1 corresponde à avaliação favorável ao bom autoconceito, enquanto o escore 0 corresponde ao inverso. Desta forma, dentre as 80 questões, 44 itens devem ser considerados invertidos: 1, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 14, 18, 20, 22, 25, 26, 28, 31, 32, 34, 37, 38, 40, 43, 45, 46, 47, 48, 50, 53, 56, 58, 59, 61, 62, 64, 65, 66, 68, 71, 74, 75, 77, 78 e 79. A somatória do total de pontos correspondente ao escore total obtido pelo indivíduo, que representa o seu autoconceito. Valores mais

²⁰ Versão da *Piers-Harris Children's Self-Concept Scale* (Piers & Harris, 1984; traduzida por Jacob e Loureiro, 1999)

elevados correspondem a um autoconceito positivo, enquanto valores menores indicam um autoconceito negativo.

As questões pretendem contemplar seis dimensões do autoconceito do aluno. São elas:

a) comportamento: questões 12, 13, 14, 21, 22, 25, 34, 35, 38, 45, 48, 56, 59, 62, 78, 80.

b) ansiedade: questões 4, 6, 7, 8, 10, 20, 28, 37, 39, 40, 43, 50, 74, 79.

c) felicidade e satisfação: questões 2, 8, 36, 39, 43, 50, 52, 60, 67, 80.

d) status intelectual e acadêmico: questões 5, 7, 9, 12, 16, 17, 21, 26, 27, 30, 31, 33, 42, 49, 53, 66.

e) aparência física e atributos: questões 5, 8, 15, 29, 33, 41, 49, 54, 57, 60, 63, 69, 73.

f) popularidade: questões 1, 3, 6, 11, 33, 40, 46, 49, 51, 58, 65, 69, 77.

Quinze questões não são categorizadas em nenhuma das seis dimensões: 18, 19, 23, 24, 32, 44, 47, 55, 61, 64, 68, 71, 72, 75 e 76, mas são computadas no escore total. Outras quinze questões estão simultaneamente categorizadas em duas ou mais dimensões: 5, 6, 7, 8, 12, 21, 33, 39, 40, 43, 49, 50, 60, 69 e 80.

3.2.3 Escala Rosenberg de Autoestima (ROS)

Escala unidimensional²¹, com 10 questões que avaliam a autoestima de uma maneira global (Anexo 3). Aos itens que compõem a escala foram apresentadas as alternativas de resposta “concordo” e “discordo”, sendo que as questões 3, 5, 8, 9 e 20 têm pontuação invertida. A pontuação dos itens é feita entre 0 e 1 sendo que quanto mais alto for o escore total, mais positiva é considerada a autoestima do aluno.

²¹ *Self-Esteem Scale* (Rosenberg, 1965; traduzida por Loos, 2003).

3.2.4 Inventário de Crenças de Controle, Agência e Competência - Domínio Acadêmico (ICCAC)

O ICCAC - Inventário de Crenças de Controle, Agência e Competência (Domínio Acadêmico) ²² tem como objetivo investigar as crenças de controle dos estudantes, especialmente aquelas relacionadas ao domínio acadêmico. Este instrumento abarca três diferentes conjuntos de crenças. São elas:

a) Expectativa de controle: expectativas sobre a extensão em que o *self* pode produzir os efeitos desejados, ou prevenir os indesejados, sem referência específica aos meios pelos quais estes efeitos serão obtidos.

b) Crenças de meios-fins (ou de estratégia): extensão da consideração de certos meios como condições suficientes para a produção de determinados resultados. No âmbito acadêmico, referem-se ao poder do esforço, da capacidade/inteligência, da sorte (acaso), do papel do professor, ou de causas desconhecidas.

c) Crenças de agência (ou capacidade): grau de credibilidade do indivíduo quanto ao seu poder de implementação dos meios/causas para atingir determinados fins. Referem-se, na escala em questão, ao poder do esforço, da capacidade/inteligência, da sorte (acaso), do papel do professor.

A presente versão do ICCAC conta com sessenta itens (Anexo 4), os quais abarcam as dez dimensões acessadas pelo instrumento (cada dimensão contém seis itens), de acordo com a seguinte distribuição:

- a) Expectativa geral de controle: questões 7, 13, 17, 19, 46, 55.
- b) Crenças de agência (Esforço): questões 1, 6, 14, 16, 32, 39.
- c) Crenças de agência (Capacidade): questões 10, 33, 43, 56, 57, 58.
- d) Crenças de agência (Professor): questões 3, 5, 20, 49, 51, 52.
- e) Crenças de agência (Sorte): questões 8, 18, 34, 42, 45, 50.
- f) Crenças sobre as relações meios-fins (Esforço): questões 23, 24, 28, 31, 37, 54.
- g) Crenças sobre as relações meios-fins (Capacidade): questões 4, 9, 21, 25, 26, 27.

²² Versão brasileira do CAMI - *Control, Agency, Means-Ends Beliefs Interview* (Skinner, Chapman & Baltes, 1983; traduzida por Neri & Pelloni, 1996; modificada por Loos & Neri, 2000).

h) Crenças sobre as relações meios-fins (Professor): questões 22, 35, 38, 41, 44, 47.

i) Crenças sobre as relações meios-fins (Sorte): questões 2, 11, 15, 36, 48, 53.

j) Crenças sobre as relações meios-fins (Fatores desconhecidos): questões 12, 29, 30, 40, 59, 60.

O cômputo das respostas é realizado da seguinte maneira: algumas das afirmações relacionadas a eventos negativos, entre aquelas classificadas como sendo de expectativa de controle ou de agência (que abordam eventos pessoais, sendo, portanto, orientadas ao *self*), recebem pontuação na ordem inversa, com a finalidade de igualar a direção de cada uma das crenças. Assim, os quinze itens da escala a serem computados de maneira invertida são: 3, 6, 7, 8, 10, 16, 18, 39, 42, 43, 46, 49, 52, 55 e 56.

Tendo em vista que a escala envolve três tipos diferentes de crenças (expectativa de controle; crenças de agência; crenças sobre as relações meio-fins), bem como explora a utilidade ou poder casual de eventos de natureza diferente, optou-se por não atribuir a cada aluno um escore geral baseado no somatório de todos os itens da escala. Cada aluno obteve então um escore médio em cada uma das dimensões acessadas pelo instrumento, que varia dentro da amplitude de 1 a 4 (intervalos mínimo e máximo de respostas possíveis em cada item). Trata-se assim, de uma média aritmética conseguida pela soma de suas pontuações dividida pelo número de questões incluídas neste subgrupo. Quanto mais próximos os valores de 4, mais forte a crença.

3.2.5 Médias anuais em Português e Matemática

Foram coletados dados referentes ao rendimento escolar dos participantes através de suas médias anuais em Português e Matemática no ano de 2006, de forma a se obter um indicador relacionado aos aspectos cognitivos. Segundo Bandim, Roazzi e Doménech (1998), este pode ser um procedimento de grande valia:

A escolha das notas como parâmetro para avaliação do rendimento escolar deve-se ao fato de tratar-se de um dado objetivo, inserido no contexto do dia-a-dia do aluno, tentando-se evitar, desta maneira, um viés de artificialidade, que pode estar presente num instrumento mais específico para avaliar a competência em determinada disciplina. (p.355).

A mensuração do aproveitamento escolar, apontado pelas médias anuais nas disciplinas Matemática e Português neste caso, pode gerar interpretações muito significativas quando correlacionado a outros dados coletados em ambiente escolar.

3.3 PROCEDIMENTOS

A investigação foi realizada em duas fases, no período de agosto a dezembro de 2006, a saber:

(1) Primeiramente os 322 alunos foram convidados a responder, em grupos de aproximadamente 30 pessoas (conforme a quantidade de alunos presentes em cada turma), ao CDI - *Children's Depression Inventory* (KOVACS, 1985), que é um instrumento que se propõe a realizar um levantamento geral (*screening*) da presença de indicadores de sintomatologia depressiva entre crianças e adolescentes. A escolha do ponto de corte igual ou superior a 19 foi baseada na adaptação do instrumento para avaliar sintomas depressivos em crianças brasileiras (GOUVEIA, BARBOSA, ALMEIDA e GAIÃO, 1995), já que com esse escore os sujeitos são classificados como suspeitos de apresentarem indicadores de sintomatologia depressiva. O CDI foi aplicado em todas as salas das últimas séries do Ensino Fundamental (5ª a 8ª séries) e do Ensino Médio (1º a 3º anos) da escola, de forma coletiva. Os sujeitos que atingiram escores a partir deste ponto de corte foram selecionados para participar da segunda fase da pesquisa.

(2) Esta segunda fase consistiu na aplicação dos outros três instrumentos: a Escala Piers-Harris de Autoconceito, a Escala Rosenberg de Autoestima, e o Inventário de Crenças de Controle, Agência e Competência - Domínio Acadêmico (ICCAC). Foi ainda feita a coleta de dados referentes ao rendimento escolar destes alunos através das médias em Português e Matemática no ano de 2006. O objetivo dos procedimentos descritos foi o de tentar buscar relações entre alguns dos fatores afetivos e cognitivos dos participantes, especialmente entre indicadores de sintomatologia depressiva, crenças autorreferenciadas e desempenho escolar.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 TRATAMENTO ESTATÍSTICO

O programa *SPSS for Windows (Statistical Package for Social Sciences)* foi usado como recurso para o tratamento estatístico dos instrumentos e dos dados. Cada instrumento foi avaliado de acordo com suas características psicométricas, assim como também foram calculadas as análises frequenciais dos resultados e exploradas as correlações entre as variáveis investigadas no estudo. Foram sugeridas, ainda, eventuais diferenças significativas entre gêneros. Os resultados serão apresentados em forma de quadros, tabelas e gráficos, para uma melhor apreciação global.

O *Alfa de Cronbach* é uma medida que avalia a fidedignidade do instrumento, indicando seu nível de consistência interna. O valor desejável para o *Alfa* é acima de 0,80. Cabe lembrar, no entanto, que este valor é suscetível ao número de itens da escala, isto é, um número pequeno de itens tende a rebaixar o valor do *Alfa*, o que pode ser observado nas análises das dimensões internas de algumas escalas multidimensionais.

O CID (*Children's Depression Inventory*) foi submetido à análise fatorial do tipo Análise de Componentes Principais com rotação *Varimax*. Tal procedimento tem a finalidade de verificar se a distribuição fatorial com base no grupo pesquisado combina com a classificação multidimensional do instrumento publicado e se, portanto, as questões estão sendo interpretadas, pela presente amostra, da maneira proposta originalmente.

A análise das correlações bivariadas permite verificar a consistência interna dos instrumentos, utilizando-se do ρ de *Spearman* (análise não-paramétrica), que mostra a força ou a magnitude (coeficiente de correlação, variando de 0 a 1) e a direção do relacionamento entre as variáveis (positiva, negativa ou nula). Tal análise baseia-se na classificação proposta por Dancey e Reidy (2006, p.186): “[...] quanto mais próximo a 1 está um coeficiente de correlação, mais forte é o relacionamento. Quanto mais próximo a 0 [...], mais fraca é a correlação. Correlações de 0,4 a 0,6 são consideradas moderadas”. No decorrer da seção de análise e discussão dos resultados, serão detalhados somente os coeficientes destacados em negrito nos

quadros de correlações apresentados para todos os instrumentos aplicados, considerando-os relevantes a partir de 0,3.

A sintomatologia depressiva avaliada através do CDI e os demais aspectos estudados, avaliados através das escalas Piers-Harris, Rosenberg e ICCAC, serão correlacionados com o aproveitamento escolar, apontado pelas médias anuais nas disciplinas Matemática e Português.

4.2 ANÁLISE EXPLORATÓRIA DOS DADOS E ANÁLISE PSICOMÉTRICA DOS INSTRUMENTOS

Os resultados apresentados a seguir refere-se, primeiramente, à amostra total que respondeu ao CDI (322 alunos). Logo depois, encontram-se os resultados referentes à segunda amostra, retirada daquela primeira e representada pelos alunos que apresentavam indicadores de sintomatologia depressiva.

Dentre os 322 estudantes que compuseram a primeira amostra, 75 alunos (23%) foram selecionados como integrantes da segunda amostra, já que atingiram o ponto de corte proposto pelo CDI como indicativo de sintomatologia depressiva. Entretanto, apenas 44 destes estudantes preencheram todos os demais instrumentos aplicados (PH, ROS, ICCAC). Logo, as análises dos resultados destas outras escalas se baseiam neste último número de alunos.

Conforme salienta Bahls (2002b), é muito importante considerar que, de acordo com a literatura, os índices de sintomatologia depressiva encontrados com a aplicação de instrumentos autoavaliativos (*screenings*) variam entre 20% e 54%. Por meio da aplicação concomitante de entrevistas estruturadas e semiestruturadas tanto com os indivíduos como com os seus pais (ou com quem faz os papel destes), este índice cai para uma variação em torno de 1% a 5%. Também, de acordo com Aguerre (2005), alguns instrumentos de autoavaliação utilizados, como por exemplo, o CDI, merecem a salvaguarda de que estes são dependentes da visão que o sujeito tem da “autopermissão de si mesmo”, supondo-se que, às vezes, existem níveis subjacentes de negação e/ou de idealização, que podem distorcer alguns resultados.

4.2.1 Inventário de Depressão Infantil (CDI) - amostra total

É importante lembrar que o ponto de corte a partir do qual se sugere a presença de uma sintomatologia depressiva, no instrumento CDI aqui exposto, é 19, considerando-se que, como às alternativas de resposta de cada questão podem ser atribuídos de 0 a 2 pontos, os escores podem se situar entre 0 e 54. A questão 11 do CDI acabou por ser eliminada da planilha para as análises, pois sua digitação encontrava-se errônea no momento da aplicação; logo, o escore máximo que pode ser atingido por esta amostra é 52. É importante salientar também que, tratando-se de um instrumento que indica a propensão à depressão, baixos escores são favoráveis (tanto na escala total como em suas diferentes dimensões), pois indicam baixa propensão à depressão, enquanto altos escores são indicativos de grande propensão à depressão.

O instrumento aplicado conta, neste grupo, com um coeficiente $\alpha = 0,848$, valor este que aponta o CDI como confiável para acessar os indicadores de sintomatologia depressiva da amostra, construto que se propõe a medir. Pode-se observar, nas ilustrações seguintes, o Gráfico 1 e o Quadro 4 dispostos abaixo, a distribuição dos escores obtidos pelo grupo, quando analisado de forma conjunta:

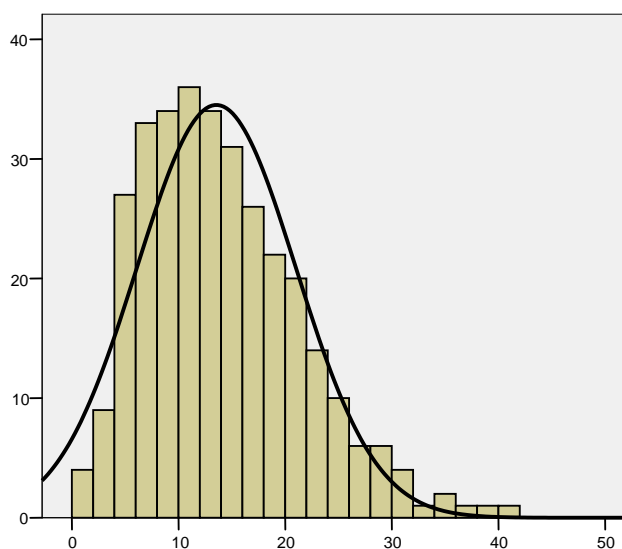


FIGURA 1 - GRÁFICO REPRESENTATIVO DA DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL DOS ESCORES TOTAIS OBTIDOS PELO GRUPO NO CDI (AMOSTRA TOTAL) (n=322)
FONTE: Dados da amostra (2006)

Os números posicionados no eixo vertical representam a quantidade de alunos representados em cada barra; já o eixo da horizontal indica a distribuição dos escores obtidos no instrumento CDI. A média dos escores referentes ao grupo pesquisado foi de 13,56 (d.p. = 7,44), sendo que a maioria dos alunos (247) situa-se abaixo da média e, conseqüentemente, abaixo do ponto de corte proposto pelo instrumento. No entanto, observa-se, pela maneira com que as barras se espalham, que um grupo razoável de alunos encontra-se acima da média, e inclusive, com o escore igual ou acima de 19 (ponto de corte), caracterizando os sujeitos que apresentam a sintomatologia depressiva (75 alunos). O escore máximo deste último grupo foi 41 (11 pontos abaixo do escore máximo proposto pelo instrumento), indicando que alguns alunos apresentam forte propensão à depressão, de acordo com o CDI, instrumento utilizado.

	Statistic	Std. Erro
CDI-Escore totaMean	13,56	,415
95% Confidence Lower Bound	12,74	
Interval for Mean Upper Bound	14,38	
5% Trimmed Mean	13,17	
Median	12,00	
Variance	55,412	
Std. Deviation	7,444	
Minimum	0	
Maximum	41	
Range	41	
Interquartile Range	10	
Skewness	,772	,136
Kurtosis	,514	,271

QUADRO 4 - ESTATÍSTICA DESCRITIVA DO ESCORE TOTAL – CDI (AMOSTRA TOTAL) (n=322)
 FONTE: Dados da amostra (2006)

A Figura 2 representa a distribuição dos alunos quando inseridos em três categorias criadas com o objetivo de classificar os diferentes níveis obtidos, em termos da severidade da sintomatologia depressiva: (escores 0-18) sem sintomatologia depressiva; (escores 19-35) sugestivos de sintomatologia depressiva; e (escores 36-52) altamente sugestivos de sintomatologia depressiva. Verifica-se que, no primeiro grupo, a média dos escores girou em torno de 76,71% (247 alunos); respectivamente, no segundo, a média foi de 22,36% (72 alunos); no terceiro e último grupo, a média foi igual a 0,93% (3 alunos):

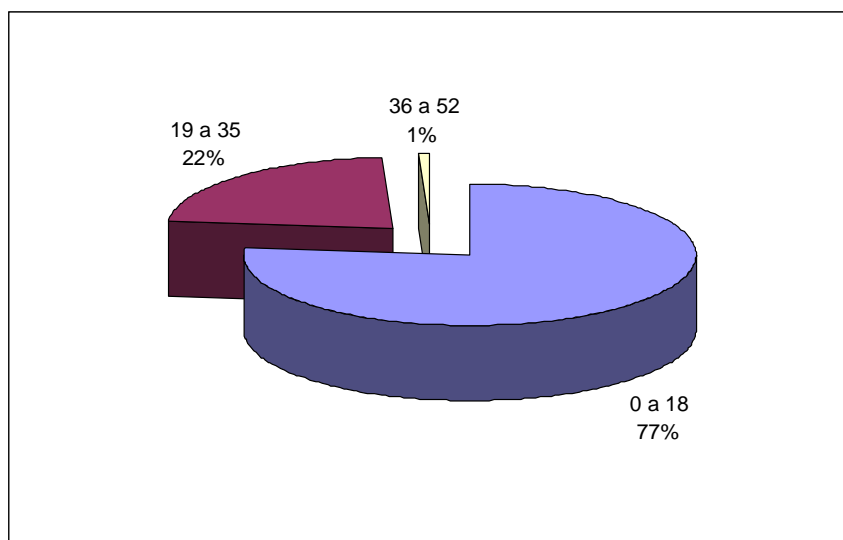


FIGURA 2 - GRÁFICO REPRESENTATIVO DA DISTRIBUIÇÃO DOS ESCORES OBTIDOS NO CDI PELO GRUPO CORRESPONDENTE À AMOSTRA TOTAL, QUANDO SEPARADOS EM CATEGORIAS REPRESENTATIVAS DO NÍVEL DE SEVERIDADE DA SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA (n=322)

FONTE: Dados da amostra (2006)

Observa-se que 23,29% dos alunos avaliados apresentam indicativos de sintomatologia depressiva, conforme os critérios do CDI, em contraposição a 76,71% dos alunos avaliados, que não apresentaram o delineamento pesquisado.

Faz-se importante ressaltar que a questão 15 do instrumento CDI obteve a maior média (1,09; d.p.= 0,794). Este item compõe a dimensão Ineficiência do CDI, remetendo à idéia do “fazer errado” ou do “grande esforço” empreendido na realização de tarefas escolares. Da mesma forma, as questões 23 e 24 apresentam médias altas (0,97, d.p.= 0,767 e 0,94, d.p.= 0,672); estas também compõem a dimensão relativa à sensação de ineficiência, respectivamente discorrendo sobre o rendimento acadêmico e as crenças de sucesso. A ilustração seguinte, o Quadro 5, ilustra as médias e desvios-padrão por questão do CDI e a distribuição destas médias, obtidas pelo grupo de 322 alunos:

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
CDI-questão 1	322	0	2	,29	,511
CDI-questão 2	322	0	2	,74	,600
CDI-questão 3	322	0	2	,66	,608
CDI-questão 4	322	0	2	,40	,545
CDI-questão 5	322	0	2	,31	,538
CDI-questão 6	322	0	2	,61	,587
CDI-questão 7	322	0	2	,22	,467
CDI-questão 8	322	0	2	,43	,609
CDI-questão 9	322	0	2	,34	,532
CDI-questão 10	322	0	2	,43	,681
CDI-questão 12	322	0	2	,26	,531
CDI-questão 13	322	0	2	,71	,613
CDI-questão 14	322	0	2	,52	,647
CDI-questão 15	322	0	2	1,09	,794
CDI-questão 16	322	0	2	,34	,587
CDI-questão 17	322	0	2	,61	,750
CDI-questão 18	322	0	2	,34	,690
CDI-questão 19	322	0	2	,66	,761
CDI-questão 20	322	0	2	,55	,669
CDI-questão 21	322	0	2	,46	,641
CDI-questão 22	322	0	2	,50	,638
CDI-questão 23	322	0	2	,97	,767
CDI-questão 24	322	0	2	,94	,672
CDI-questão 25	322	0	2	,36	,585
CDI-questão 26	322	0	2	,55	,655
CDI-questão 27	322	0	2	,25	,485
Valid N (listwise)	322				

QUADRO 5 - MÉDIAS E DESVIOS-PADRÃO POR QUESTÃO DO CDI (AMOSTRA TOTAL) (n=322)
 FONTE: Dados da amostra (2006)

4.2.1.1 Dimensões do CDI – amostra total

Os escores na dimensão *Humor negativo* (6 itens) podem variar de 0 a 12 pontos. Como a questão 11 do CDI faz parte desta dimensão e foi eliminada, o escore máximo que pode ser atingido é 10. A média verificada é igual a 2,47 e d.p.=1,988, como ilustra o Gráfico 3:

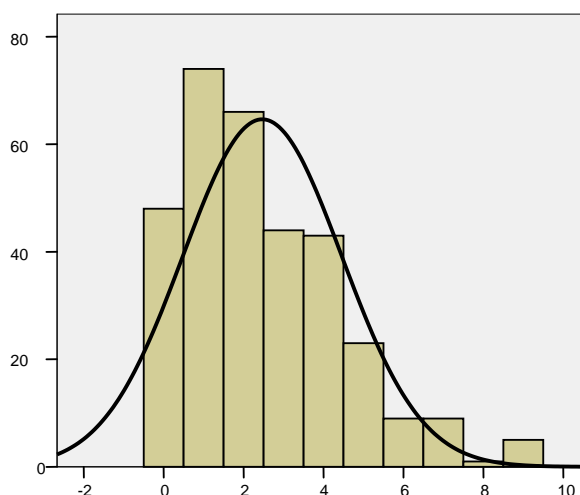


FIGURA 3 - GRÁFICO REPRESENTATIVO DA DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL DOS ESCORES NA DIMENSÃO HUMOR NEGATIVO (CDI/AMOSTRA TOTAL) (n=322)
 FONTE: Dados da amostra (2006)

Percebe-se, no Quadro 6, que a maioria dos sujeitos pesquisados (236 alunos, o que equivale a 72,1%) totalizou escores baixos (entre 0 e 3) nesta dimensão, o que pode ser indicativo da predominância de humor não rebaixado, considerando-se o grupo em geral. O escore máximo atingido pela amostra nesta dimensão foi 9 (1 ponto abaixo do escore máximo do instrumento para esta dimensão), indicando que cinco alunos (1,6%) percebem-se como possuindo humor muito rebaixado.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	48	14,9	14,9	14,9
	1	74	23,0	23,0	37,9
	2	66	20,5	20,5	58,4
	3	44	13,7	13,7	72,0
	4	43	13,4	13,4	85,4
	5	23	7,1	7,1	92,5
	6	9	2,8	2,8	95,3
	7	9	2,8	2,8	98,1
	8	1	,3	,3	98,4
	9	5	1,6	1,6	100,0
	Total	322	100,0	100,0	

QUADRO 6 - DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL COM RESPECTIVAS PERCENTAGENS DOS ESCORES NA DIMENSÃO HUMOR NEGATIVO (CDI/AMOSTRA TOTAL) (n=322)
 FONTE: Dados da amostra (2006)

No Quadro 7 estão dispostos os coeficientes de correlação ρ de *Spearman* das questões da dimensão Humor negativo (CDI). Verifica-se que as variáveis covariam, isto é, quando os valores de uma variável mudam, prevê-se que os valores da outra também mudem; logo, estas não são independentes. Existe, nesta dimensão, um relacionamento positivo imperfeito significativo entre os itens 1, 6, 8, 10, 13, sendo que os itens que se correlacionam moderadamente entre si são: 1 e 8 (0,370); 1 e 10 (0,577); 8 e 10 (0,307).

A primeira correlação citada diz respeito à duração do sentimento de tristeza e ao sentimento de culpa pelos fatos ruins que ocorrem na vida do indivíduo ou de outrem; a segunda correlação (mais significativa) indica a duração do mesmo sentimento de tristeza com a intensidade da vontade de chorar. O relacionamento significativo entre os itens 8 e 10 pontua em terceiro lugar na magnitude das relações. É possível inferir que tristeza, choro e culpa covariam nesta amostra.

	cdi_q1	cdi_q6	cdi_q8	cdi_q10	cdi_q13
cdi_q1	1,000				
cdi_q6	0,257	1,000			
cdi_q8	0,370	0,171	1,000		
cdi_q10	0,577	0,236	0,307	1,000	
cdi_q13	0,212	0,245	0,229	0,219	1,000

QUADRO 7 - CORRELAÇÕES ENTRE AS QUESTÕES DA DIMENSÃO HUMOR NEGATIVO (CDI/AMOSTRA TOTAL) (n=322)
FONTE: Dados da amostra (2006)

O escore máximo na dimensão *Problemas interpessoais* (4 itens) pode totalizar 8 pontos. A média obtida pelo grupo é igual a 1,37, d.p.= 1,375, como ilustra o Gráfico 4:

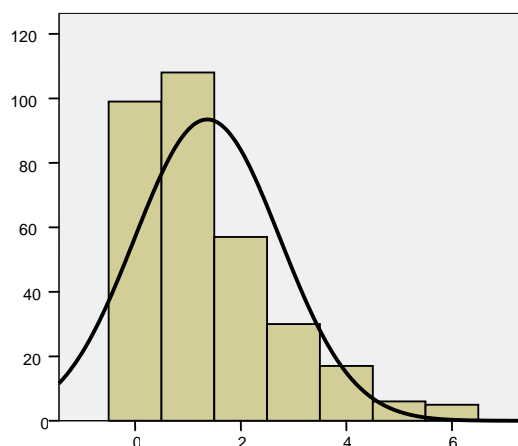


FIGURA 4 – GRÁFICO REPRESENTATIVO DA DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL DOS ESCORES NA DIMENSÃO PROBLEMAS INTERPESSOAIS (CDI/AMOSTRA TOTAL) (n=322)
 FONTE: Dados da amostra (2006)

Percebe-se, no Quadro 8, que a maioria dos sujeitos pesquisados (frequência de 207 alunos = 67,2%) totalizou escores baixos, entre 0 e 3 nesta dimensão, o que pode indicar a percepção de bons relacionamentos entre os colegas em ambiente escolar. O escore máximo encontrado na dimensão relativa a problemas nas relações interpessoais foi 6 (2 pontos abaixo do escore máximo do instrumento para esta dimensão), representado por cinco alunos (1,6%), assim como na dimensão Humor negativo do CDI. Assim, verifica-se que apenas cinco alunos da amostra percebem-se como tendo fortes problemas em suas relações interpessoais.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	99	30,7	30,7	30,7
	1	108	33,5	33,5	64,3
	2	57	17,7	17,7	82,0
	3	30	9,3	9,3	91,3
	4	17	5,3	5,3	96,6
	5	6	1,9	1,9	98,4
	6	5	1,6	1,6	100,0
Total		322	100,0	100,0	

QUADRO 8 - DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL COM RESPECTIVAS PERCENTAGENS DOS ESCORES TOTAIS NA DIMENSÃO PROBLEMAS INTERPESSOAIS (CDI/AMOSTRA TOTAL) (n=322)

FONTE: Dados da amostra (2006)

As correlações mais significativas encontradas entre os itens desta dimensão (5, 12, 26, 27), são demonstradas no Quadro 9. Percebe-se um relacionamento significativo positivo imperfeito entre as questões 5 e 27 (0,299), porém fraco.

O primeiro item (5) diz respeito ao autoconceito do indivíduo, quanto às suas probabilidades de sucesso ou fracasso; o segundo (27) considera a qualidade nos relacionamentos interpessoais (quanto a ser disponível aos contatos interpessoais ou não). Sugere-se que, entre os sujeitos pesquisados, um autoconceito rebaixado pode estar caminhando na mesma direção que uma baixa qualidade nos relacionamentos entre colegas.

	cdi_q5	cdi_q12	cdi_q26	cdi_q27
cdi_q5	1,000			
cdi_q12	0,177	1,000		
cdi_q26	0,166	0,096	1,000	
cdi_q27	0,299	0,182	0,137	1,000

QUADRO 9 - CORRELAÇÕES ENTRE AS QUESTÕES DA DIMENSÃO PROBLEMAS INTERPESSOAIS (CDI/AMOSTRA TOTAL) (n=322)
FONTE: Dados da amostra (2006)

O escore máximo para a dimensão *Ineficiência* (4 itens) é igual a 8 pontos. A média é igual a 3,66, d.p.=1,869, como ilustra o Gráfico 5:

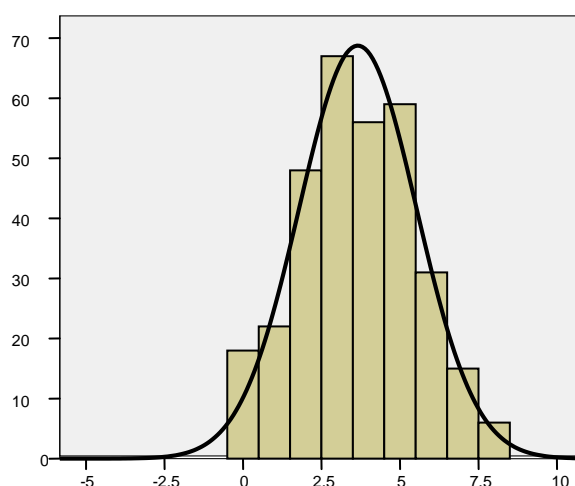


FIGURA 5 - GRÁFICO REPRESENTATIVO DA DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL DOS ESCORES NA DIMENSÃO INEFICIÊNCIA (CDI/AMOSTRA TOTAL) (n=322)
FONTE: Dados da amostra (2006)

Percebe-se, na visualização do Quadro 10, que a maioria dos sujeitos pesquisados (230 alunos ou 65,4%) totalizou escores medianos, entre 2 e 5 nesta dimensão, o que pode indicar alguma dificuldade na realização de tarefas escolares, tanto considerando-se o esforço necessário para conseguir bons resultados, quanto a percepção de não ser tão capaz de um bom rendimento como os colegas.

O escore máximo encontrado na dimensão Ineficiência foi 8, indicando que seis alunos (1,9%) consideram-se bastante ineficientes no que diz respeito às exigências do contexto escolar. Dentre todas as dimensões, foi nesta que um maior número de indivíduos totalizou o escore mais alto.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	18	5,6	5,6	5,6
	1	22	6,8	6,8	12,4
	2	48	14,9	14,9	27,3
	3	67	20,8	20,8	48,1
	4	56	17,4	17,4	65,5
	5	59	18,3	18,3	83,9
	6	31	9,6	9,6	93,5
	7	15	4,7	4,7	98,1
	8	6	1,9	1,9	100,0
	Total	322	100,0	100,0	

QUADRO 10 - DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL COM RESPECTIVAS PERCENTAGENS DOS ESCORES TOTAIS NA DIMENSÃO INEFICIÊNCIA (CDI/AMOSTRA TOTAL) (n=322)
FONTE: Dados da amostra (2006)

A correlação mais significativa encontrada entre os itens desta dimensão (3, 15, 23, 24), é demonstrada no Quadro 11, que indica relacionamento significativo positivo imperfeito, porém fraco, entre as questões 15 e 23 (0,301).

O primeiro item (15) diz respeito à quantidade do esforço que o indivíduo dispensa na realização de tarefas escolares, enquanto o segundo (27) considera a percepção acerca do rendimento escolar do aluno. Sugere-se que entre os sujeitos pesquisados, a direção do esforço é vista como diretamente proporcional à direção do rendimento acadêmico.

	cdi_q3	cdi_q15	cdi_q23	cdi_q24
cdi_q3	1,000			
cdi_q15	0,180	1,000		
cdi_q23	0,275	0,301	1,000	
cdi_q24	0,251	0,210	0,199	1,000

QUADRO 11 - CORRELAÇÕES ENTRE AS QUESTÕES DA DIMENSÃO INEFICIÊNCIA (CDI/AMOSTRA TOTAL) (n=322)
 FONTE: Dados da amostra (2006)

O escore para a dimensão *Anedonia* (8 itens) pode variar entre 0 e 16 pontos. A média obtida mostra-se igual a 3,88, d.p.=2,734, como ilustra o Gráfico 6:

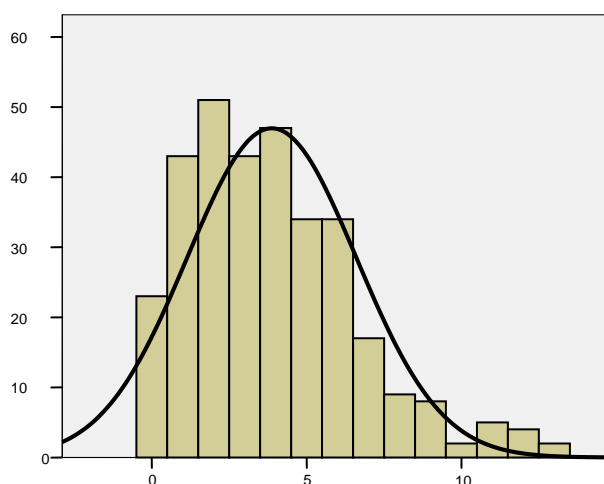


FIGURA 6 - GRÁFICO REPRESENTATIVO DA DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL DOS ESCORES NA DIMENSÃO ANEDONIA (CDI/AMOSTRA TOTAL) (n=322)
 FONTE: Dados da amostra (2006)

Percebe-se, ao observar o Quadro 12, que a maioria dos sujeitos pesquisados (252 alunos ou 78,4%) totalizou escores baixos, entre 1 e 6, nesta dimensão, o que pode indicar sintomas leves relacionados à falta de diversão (tanto na escola como fora dela), cansaço, solidão (ou poucos amigos), queixas quanto a dores, falta de apetite e distúrbios no sono.

O escore máximo encontrado na dimensão *Anedonia* foi 13 (3 pontos abaixo da pontuação máxima esta dimensão), representado por dois alunos (6%).

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	23	7,1	7,1	7,1
	1	43	13,4	13,4	20,5
	2	51	15,8	15,8	36,3
	3	43	13,4	13,4	49,7
	4	47	14,6	14,6	64,3
	5	34	10,6	10,6	74,8
	6	34	10,6	10,6	85,4
	7	17	5,3	5,3	90,7
	8	9	2,8	2,8	93,5
	9	8	2,5	2,5	96,0
	10	2	,6	,6	96,6
	11	5	1,6	1,6	98,1
	12	4	1,2	1,2	99,4
	13	2	,6	,6	100,0
Total		322	100,0	100,0	

QUADRO 12 - DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL COM RESPECTIVAS PERCENTAGENS DOS ESCORES NA DIMENSÃO ANEDONIA (CDI/AMOSTRA TOTAL) (n=322)
 FONTE: Dados da amostra (2006)

As correlações mais significativas encontradas entre os itens desta dimensão (4, 6, 17, 18, 19, 20, 21, 22) são demonstradas no Quadro 13, as quais indicam relacionamento significativo positivo imperfeito entre as questões 4 e 21 (0,339); 21 e 22 (0,307). Estes coeficientes de *Spearman* indicam, porém, correlações fracas.

A primeira correlação significativa encontrada diz respeito à disposição do indivíduo para a diversão fora e dentro do contexto escolar; o segundo relacionamento indica a mesma direção entre a disposição para a diversão e a percepção da quantidade de amigos que o sujeito possui.

	cdi_q4	cdi_q17	cdi_q18	cdi_q19	cdi_q20	cdi_q21	cdi_q22
cdi_q4	1,000						
cdi_q17	0,128	1,000					
cdi_q18	0,266	0,064	1,000				
cdi_q19	0,035	0,075	-0,004	1,000			
cdi_q20	0,282	0,249	0,156	0,058	1,000		
cdi_q21	0,339	0,142	0,164	0,120	0,260	1,000	
cdi_q22	0,254	0,098	0,093	0,090	0,230	0,307	1,000

QUADRO 13 - CORRELAÇÕES ENTRE AS QUESTÕES DA DIMENSÃO ANEDONIA (CDI/AMOSTRA TOTAL) (n=322)
 FONTE: Dados da amostra (2006)

O escore possível na dimensão *Autoestima negativa* (5 itens) varia entre 0 e 10 pontos. A média foi igual a 2,19, d.p.=1,925, como ilustra o Gráfico 7:

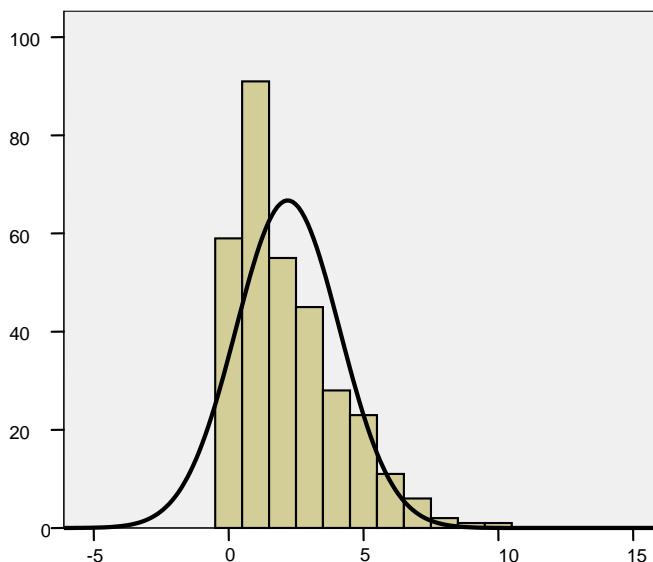


FIGURA 7 - GRÁFICO REPRESENTATIVO DA DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL DOS ESCORES NA DIMENSÃO AUTOESTIMA NEGATIVA (CDI/AMOSTRA TOTAL) (n=322)
 FONTE: Dados da amostra (2006)

Percebe-se, no Quadro 14, que a maioria dos sujeitos pesquisados (250 alunos ou 77,7%) totalizou baixos escores (entre 0 e 3) nesta dimensão, o que pode indicar a presença de boas impressões sobre si mesmo, tanto relacionadas com a capacidade de sucesso quanto relacionadas à aparência. Referências saudáveis de afeto e sentimentos de pertencimento são sugeridos, considerando-se os resultados do grupo como um todo.

O escore máximo encontrado na dimensão Autoestima negativa foi 10 (pontuação máxima para esta dimensão), o que indica que apenas um aluno (3%) percebe-se como tendo autoestima muito baixa.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	59	18,3	18,3	18,3
	1	91	28,3	28,3	46,6
	2	55	17,1	17,1	63,7
	3	45	14,0	14,0	77,6
	4	28	8,7	8,7	86,3
	5	23	7,1	7,1	93,5
	6	11	3,4	3,4	96,9
	7	6	1,9	1,9	98,8
	8	2	,6	,6	99,4
	9	1	,3	,3	99,7
	10	1	,3	,3	100,0
	Total	322	100,0	100,0	

QUADRO 14 - DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL COM RESPECTIVAS PERCENTAGENS DOS ESCORES NA DIMENSÃO AUTOESTIMA NEGATIVA (CDI/AMOSTRA TOTAL) (n=322)
 FONTE: Dados da amostra (2006)

As correlações mais significativas encontradas entre os itens desta dimensão (2, 7, 9, 14, 25) são demonstradas no Quadro 15, as quais indicam relacionamentos significantes positivos imperfeitos entre as questões 2 e 7 (0,335); 7 e 9 (0,351); 9 e 14 (0,324); 2 e 25 (0,307); 7 e 25 (0,318); 9 e 25 (0,327), porém fracos. Além destas é indicada uma covariância positiva moderada entre os itens 7 e 14 (0,462).

A primeira correlação indica que o apreço por si mesmo e a obtenção de sucesso na vida, em geral, são variáveis que caminham na mesma direção; as segunda, terceira e sexta correlações mencionadas propõem caminhos igualmente direcionados, respectivamente, entre baixa autoestima e tendência ao suicídio, tendência ao suicídio e problemas com a aparência, tendência ao suicídio e falhas na percepção de sentimentos de afeto. A covariância encontrada entre os itens 7 e 14 indica proporcionalidade direta entre o sentimento de bem estar e apreço por si mesmo e a aparência do sujeito.

	cdi_q2	cdi_q7	cdi_q9	cdi_q14	cdi_q25
cdi_q2	1,000				
cdi_q7	0,335	1,000			
cdi_q9	0,236	0,351	1,000		
cdi_q14	0,245	0,462	0,324	1,000	
cdi_q25	0,307	0,318	0,327	0,267	1,000

QUADRO 15 - CORRELAÇÕES ENTRE AS QUESTÕES DA DIMENSÃO AUTOESTIMA NEGATIVA (CDI/AMOSTRA TOTAL) (n=322)
 FONTE: Dados da amostra (2006)

Foram consideradas também, além das correlações entre as questões de cada dimensão do CDI, as correlações das dimensões consigo mesmas. No Quadro 16 são demonstrados estes relacionamentos, todos significativos e positivos. A correlação entre as dimensões Humor negativo e Autoestima negativa do CDI foi a mais relevante dentre todas (0,584), ainda assim sendo considerada moderada. Infere-se, assim, que fatores relacionados à autoestima caminham na mesma direção que os fatores intrínsecos ao humor dos indivíduos da amostra total pesquisada. Porém outras relações relevantes também foram encontradas, principalmente no que diz respeito à anedonia e ao humor rebaixado, assim como também da anedonia com a baixa autoestima. A sugestão, a partir do exposto, é a de que o interesse pelas vivências do dia-a-dia se relacionam diretamente com a valoração da autoestima e respectivamente com a variação do humor.

	cdi_humor	cdi_relainte	cdi_autoest	cdi_anedon	cdi_ineficie
cdi_humor	1,000				
cdi_relainte	0,377	1,000			
cdi_autoest	0,584	0,372	1,000		
cdi_anedon	0,519	0,381	0,486	1,000	
cdi_ineficie	0,377	0,373	0,366	0,384	1,000

QUADRO 16 - CORRELAÇÕES ENTRE AS CINCO DIMENSÕES DO CDI (AMOSTRA TOTAL) (n=322)
 FONTE: Dados da amostra (2006)

4.2.1.2 Análise Fatorial do CDI – amostra total

Para a análise fatorial do instrumento foi utilizado o programa estatístico gratuito “R”, disponibilizado pela Universidade Federal do Paraná (UFPR) em seu Laboratório de Estatística. Este recurso oferece a opção do teste de máxima verossimilhança, que apresenta um pré-teste de hipóteses de forma que o número de fatores se mostra o mais fiel e específico possível, dentro da realidade amostral.

Os *loadings* são os coeficientes (entre as questões e as variáveis latentes) e *uniquenesses* são as variâncias específicas ou unicidade. A soma do *loading* ao quadrado é denominada comunalidade, ou seja a parte da variabilidade explicada pelos “m” fatores. A soma da comunalidade com a variância específica deve ter o

valor 1 (um). Com este programa (“R”), os valores dos coeficientes mudam quando se altera o “m” (número de fatores).

O Quadro 17 demonstra as 5 variáveis latentes (ou fatores) sugeridos pela análise fatorial das respostas ao instrumento CDI da amostra pesquisada. A maior parte dos relacionamentos dos coeficientes de correlação foi considerada de baixa significância [entre 0,107 (questão 25, Fator 2) e 0,496 (questão 15, Fator 4)]. Porém, coeficientes significativos de intensidade moderada foram encontrados [entre 0,546 (questão 20, Fator 2) e 0,671 (questão 10, Fator 2)] e destacados com negrito no quadro a seguir:

Loadings:					
	F1	F2	F3	F4	F5
CDI_Q1	0.277	0.664	0.294	0.121	0.154
CDI_Q2	0.479	0.146	0.183	0.148	
CDI_Q3	0.339	0.167	0.126	0.407	
CDI_Q4	0.247	0.202	0.335		0.429
CDI_Q5	0.187	0.253	0.423	0.299	
CDI_Q6	0.317	0.176	0.197	0.169	
CDI_Q7	0.647	0.172	0.232		
CDI_Q8	0.346	0.267	0.322	0.170	
CDI_Q9	0.408	0.227	0.318	0.164	
CDI_Q10	0.194	0.671	0.179		
CDI_Q12	0.310		0.282		0.175
CDI_Q13	0.429	0.164		0.223	0.118
CDI_Q14	0.646	0.166			
CDI_Q15			0.496	0.306	
CDI_Q16	0.191	0.203	0.412		
CDI_Q17	0.199	0.186	0.145	0.237	
CDI_Q18		0.455		0.254	
CDI_Q19				0.157	
CDI_Q20	0.321	0.546		0.129	0.305
CDI_Q21	0.220			0.177	0.583
CDI_Q22	0.389			0.348	
CDI_Q23	0.159			0.603	
CDI_Q24	0.468		0.180	0.188	0.172
CDI_Q25	0.445	0.107	0.197		0.136
CDI_Q26		0.130		0.275	
CDI_Q27	0.172	0.104	0.441	0.208	

QUADRO 17 - VARIÁVEIS LATENTES SUGERIDAS NA ANÁLISE FATORIAL DO CDI (AMOSTRA TOTAL) (n=322)

FONTE: Dados da amostra (2006)

O p-valor proposto pelo programa “R”, ao sugerir 5 fatores, foi igual a 0,0137. Os fatores encontrados explicam 33% da variância total, como é observável no Quadro 18:

	F1	F2	F3	F4	F5
SS loadings	2.912	1.715	1.534	1.327	1.082
Proportion Var	0.112	0.066	0.059	0.051	0.042
Cumulative Var	0.112	0.178	0.237	0.288	0.330

QUADRO 18 - VARIÂNCIAS ACUMULADAS NA ANÁLISE FATORIAL DO CDI (AMOSTRA TOTAL) (n=322)
 FONTE: Dados da amostra (2006)

As questões foram reorganizadas de acordo com os novos componentes (variáveis latentes ou fatores) extraídos, como mostra o Quadro 19. O fator 1 conta com 11 questões; o fator 2, com 3 questões; o fator 3, com 4 questões; o fator 4, com 5 questões e o fator 5, com 3 questões:

Loadings:					
	F1	F2	F3	F4	F5
CDI_Q2	0.479				
CDI_Q6	0.317				
CDI_Q7	0.647				
CDI_Q8	0.346				
CDI_Q9	0.408				
CDI_Q12	0.310				
CDI_Q13	0.429				
CDI_Q14	0.646				
CDI_Q22	0.389				
CDI_Q24	0.468				
CDI_Q25	0.445				
CDI_Q1		0.664			
CDI_Q10		0.671			
CDI_Q20		0.546			
CDI_Q5			0.423		
CDI_Q16			0.412		
CDI_Q18			0.455		
CDI_Q27			0.441		
CDI_Q3				0.407	
CDI_Q15				0.496	
CDI_Q17				0.237	
CDI_Q23				0.603	
CDI_Q26				0.275	
CDI_Q4					0.429
CDI_Q19					0.157
CDI_Q21					0.583

QUADRO 19 - QUESTÕES DO CDI REORGANIZADAS DE ACORDO COM A NOVA FATORAÇÃO (AMOSTRA TOTAL) (n=322)
 FONTE: Dados da amostra (2006)

Cinco itens extraídos no primeiro (45,45%) fator igualam-se em 100% ao fator Autoestima do instrumento original que conta com 5 itens (questões 2, 7, 9, 14, 25). Tem 27,27% de seus itens (3) iguais aos itens da dimensão Humor (questões 6,

8, 13), correspondendo a 60% desta, e 9,09% dos itens iguais às outras três dimensões (uma de cada dimensão) do CDI original (questão 12 da dimensão Problemas Interpessoais, questão 22 da dimensão Anedonia e questão 24 da dimensão Ineficiência). Considerando os maiores coeficientes, o fator 1 parece envolver assuntos relacionados à capacidade para tomar decisões e percepção de consciência, ambas quanto ao futuro, positivamente relacionadas com a autoestima.

Dois dos três itens extraídos no segundo fator igualam-se em 66,67% ao fator Humor do instrumento original (questões 1, 10). O terceiro item iguala-se em 25% com a dimensão Anedonia (questão 20). Esta variável latente parece sugerir aspectos relacionados ao humor e relacionado às interações com outras pessoas.

No terceiro fator, dois itens igualam-se em 25% à dimensão Anedonia (questões 16 e 18) e em 25% à dimensão Problemas Interpessoais (questões 5 e 27). Pode apontar características referentes à funções vegetativas do sistema nervoso (como apetite e sono) relacionadas com a qualidade das interações do indivíduo no grupo.

O quarto fator apresenta três itens com maiores coeficientes de correlação (questões 3, 15, 23) igualando-se em 75% à dimensão Ineficiência do CDI original. Os outros dois itens igualam-se, respectivamente, em 25% à dimensão Problemas Interpessoais (questão 26) e 12,5% com a dimensão Anedonia (questão 17). Aponta para a relação entre esforço, comportamento e rendimento acadêmico.

O quinto fator tem três itens que se encaixam na dimensão Anedonia do instrumento original, igualando-se a este em 37,5% (questões 4, 19, 21). Parece indicar disponibilidade para a diversão relacionada à qualidade das interações no grupo.

4.2.1.3 Diferenças entre Gêneros no CDI – amostra total

Dos 322 alunos que compuseram a amostra, 155 (48,14%) são do sexo masculino e 167 (51,86%) do sexo feminino. De acordo com o Quadro 20, é possível verificar o resultado do teste para diferenças estatísticas entre os dois grupos (considera-se aqui o nível de significância normalmente aceito para trabalhos em Psicologia, ou seja, $p \leq 0,05$), o qual foi $p = ,040$ para igualdade assumida pelas variâncias e $p = ,040$ para igualdade não assumida pelas mesmas, valor que indica

uma diferença significativamente moderada entre as médias do escore total para meninas (igual a 14,38) e para meninos (igual a 12,68). Tal resultado sugere que as meninas deste grupo mostram tendências mais depressivas que os meninos.

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
CDI-Escore total									
Equal variances assumed	,367	,545	-2,058	320	,040	-1,700	,826	-3,325	-,075
Equal variances not assumed			-2,060	319,371	,040	-1,700	,825	-3,323	-,076

QUADRO 20 - DIFERENÇAS ENTRE GÊNEROS NO ESCORE TOTAL DO CDI (AMOSTRA TOTAL) (n=322)

FONTE: Dados da amostra (2006)

Considerando as diferenças entre gêneros nas dimensões do CDI, encontrou-se valores significativos e altos nas dimensões Humor e Anedonia. Respectivamente, para variância assumida e não assumida, os p-valores são apresentados no Quadro 21. Na dimensão Humor obteve-se o p-valor igual a zero (0), onde meninas têm, neste escore parcial, média de 2,84 e os meninos, 2,06. Na dimensão Anedonia, o p-valor é igual a 0,047 (variância assumida) e 0,046 (variância não-assumida), onde as meninas têm, neste escore parcial, média de 4,17 e os meninos, de 3,16.

	Levene's Test for Eq. of Var.		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Diff.	Std. Er. Diff.	95% Conf. Int. al of the Diff.	
								Lower	Upper
CDI-Humor	212	,074	3,582	320	,000	780	,218	-1,208	-,351
			3,594	319,910	,000	-,780	,217	-1,207	-,353
CDI-Rel. Int.	162	,688	,389	320	,698	-,060	,154	-,362	,242
			,389	318,109	,698	-,060	,154	-,362	,242
CDI-Auto-est.	236	,136	1,500	320	,135	-,321	,214	-,743	,100
			1,504	319,976	,134	-,321	,214	-,742	,099
CDI-Aned.	1072	,301	1,998	320	,047	-,606	,303	-1,203	-,009
			2,002	319,818	,046	-,606	,303	-1,202	-,010
CDI-Inefic.	753	,186	324	320	,746	,068	,209	-,343	,478
			323	312,018	,747	,068	,209	-,344	,480

QUADRO 21 - DIFERENÇAS ENTRE GÊNEROS NAS DIMENSÕES DO CDI (AMOSTRA TOTAL) (n=322)
 FONTE: Dados da amostra (2006)

4.2.2 Inventário de Depressão Infantil (CDI) – amostra com indicadores de sintomatologia depressiva

Este subgrupo conta com 44 alunos, sendo 20 meninos (45,5%) e 24 meninas (54,5%). Pode-se observar, no Gráfico 8 e no Quadro 22 dispostos abaixo, a distribuição dos escores obtidos pelo grupo, quando analisado de forma conjunta:

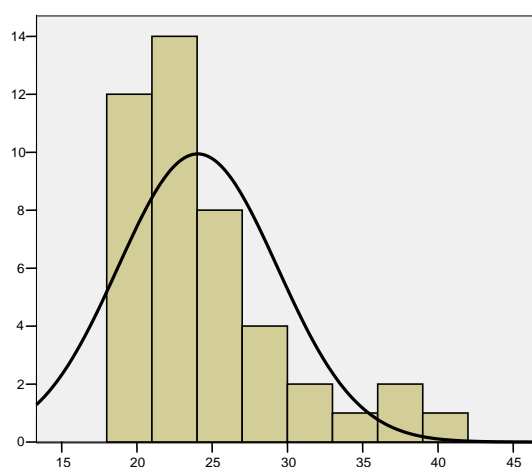


FIGURA 8 – GRÁFICO REPRESENTATIVO DA DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL DOS ESCORES TOTAIS OBTIDOS PELO GRUPO NO CDI (AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)
 FONTE: Dados da amostra (2006)

			Statistic	Std. Error
CDI-Escore total	Mean		24,05	,798
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	22,44	
		Upper Bound	25,66	
	5% Trimmed Mean		23,48	
	Median		22,00	
	Variance		28,044	
	Std. Deviation		5,296	
	Minimum		19	
	Maximum		41	
	Range		22	
	Interquartile Range		6	
	Skewness		1,674	,357
	Kurtosis		2,497	,702

QUADRO 22 - ESTATÍSTICA DESCRITIVA DO ESCORE TOTAL – CDI (AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)
 FONTE: Dados da amostra (2006)

A média dos escores referentes ao grupo pesquisado foi de 24,05 (d.p.= 0,79), sendo que a maioria dos alunos situou-se entre os escores 19 e 30, como

pôde ser observado no histograma. Tal resultado mostra-se em concordância com aqueles visualizados no Gráfico 2, já que grande parte do grupo apresenta indicadores de sintomatologia depressiva que podem ser considerados não tão severos. Apenas três alunos incluem-se no nível mais forte (altamente sugestivo de sintomatologia depressiva), com escores variando entre 36 e 41 (o escore máximo obtido foi 41, 11 pontos abaixo do escore máximo possível de ser atingido no presente instrumento), como pode ser verificado no Quadro 23:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	19	4	9,1	9,1	9,1
	20	8	18,2	18,2	27,3
	21	7	15,9	15,9	43,2
	22	4	9,1	9,1	52,3
	23	3	6,8	6,8	59,1
	24	4	9,1	9,1	68,2
	25	3	6,8	6,8	75,0
	26	1	2,3	2,3	77,3
	27	2	4,5	4,5	81,8
	28	2	4,5	4,5	86,4
	30	1	2,3	2,3	88,6
	31	1	2,3	2,3	90,9
	34	1	2,3	2,3	93,2
	37	1	2,3	2,3	95,5
	38	1	2,3	2,3	97,7
	41	1	2,3	2,3	100,0
	Total	44	100,0	100,0	

QUADRO 23 - DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL COM RESPECTIVAS PERCENTAGENS (CDI/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)
 FONTE: Dados da amostra (2006)

O Quadro 24, por sua vez, ilustra as médias e desvios-padrão por questão do CDI e a distribuição destas médias, obtidas pelo grupo de 44 alunos:

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
CDI-questão 1	44	0	2	,70	,668
CDI-questão 2	44	0	2	1,16	,645
CDI-questão 3	44	0	2	1,09	,640
CDI-questão 4	44	0	2	,82	,540
CDI-questão 5	44	0	2	,73	,694
CDI-questão 6	44	0	2	1,02	,590
CDI-questão 7	44	0	2	,70	,668
CDI-questão 8	44	0	2	,95	,645
CDI-questão 9	44	0	2	,86	,594
CDI-questão 10	44	0	2	,84	,776
CDI-questão 12	44	0	2	,64	,685
CDI-questão 13	44	0	2	1,05	,645
CDI-questão 14	44	0	2	1,09	,676
CDI-questão 15	44	0	2	1,23	,774
CDI-questão 16	44	0	2	,75	,719
CDI-questão 17	44	0	2	1,30	,734
CDI-questão 18	44	0	2	,61	,841
CDI-questão 19	44	0	2	,75	,781
CDI-questão 20	44	0	2	1,16	,776
CDI-questão 21	44	0	2	,84	,776
CDI-questão 22	44	0	2	,98	,628
CDI-questão 23	44	0	2	1,34	,680
CDI-questão 24	44	0	2	1,41	,658
CDI-questão 25	44	0	2	,89	,722
CDI-questão 26	44	0	2	,64	,613
CDI-questão 27	44	0	2	,50	,665
Valid N (listwise)	44				

QUADRO 24 - MÉDIAS E DESVIOS-PADRÃO POR QUESTÃO DO CDI (AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)
 FONTE: Dados da amostra (2006)

Importante ressaltar que a questão 24 do instrumento CDI obteve a maior média (1,41; d.p.= 0,658). Este item compõe a dimensão Ineficiência do CDI, remetendo à idéia de “não ser tão bom quanto outrem” na realização das tarefas em geral. Da mesma forma, as questões 3 (d.p.= 0,640), 15 (d.p.= 0,774), 23 (d.p.= 0,680) mostram médias altas; estas compõem também a dimensão Ineficiência, discorrendo sobre o rendimento acadêmico e crenças de sucesso e, respectivamente, sobre o “fazer as coisas de maneira errada”, sobre o “esforço na realização das tarefas” e o “sucesso ou fracasso nas disciplinas acadêmicas”. Considera-se significativas também as médias das questões 2 (d.p.= 0,645), 14 (d.p.= 0,676), 6 (d.p.= 0,590), 17 (d.p.= 0,734) e 20 (d.p.= 0,776). As duas primeiras reportam-se à dimensão “autoestima negativa” referindo-se sobre, respectivamente,

as “baixas expectativas de sucesso” e o “baixo conceito sobre a própria aparência”; a terceira questão compõe a dimensão “humor negativo”, dizendo respeito à “expectativa sobre eventos ruins”; já as duas últimas fazem parte da dimensão “anedonia”, explicando, respectivamente sobre o sujeito “se sentir cansado” e “se sentir sozinho”. As altas médias nestes itens sugerem que dois quesitos foram os mais negativamente abordados pelos estudantes do presente grupo.

	cdi_q1	cdi_q2	cdi_q3	cdi_q4	cdi_q5	cdi_q6	cdi_q7	cdi_q8	cdi_q9	cdi_q10	cdi_q12	cdi_q13	cdi_q14	cdi_q15	cdi_q16	cdi_q17	cdi_q18	cdi_q19	cdi_q20	cdi_q21	cdi_q22	cdi_q23	cdi_q24	cdi_q25	cdi_q26	cdi_q27
cdi_q1	1,000																									
cdi_q2	0,083	1,000																								
cdi_q3	0,158	0,177	1,000																							
cdi_q4	0,356	0,090	0,119	1,000																						
cdi_q5	0,387	0,075	0,236	0,035	1,000																					
cdi_q6	0,398	0,066	0,195	0,219	0,344	1,000																				
cdi_q7	0,058	0,420	0,229	0,015	-0,006	0,176	1,000																			
cdi_q8	0,220	0,244	0,130	0,228	0,376	0,306	0,241	1,000																		
cdi_q9	0,240	-0,017	0,216	0,045	0,185	0,332	0,221	0,226	1,000																	
cdi_q10	0,568	-0,131	-0,015	0,147	0,342	0,268	-0,165	0,171	0,108	1,000																
cdi_q12	0,164	0,098	-0,046	0,123	0,216	0,174	0,061	0,299	0,328	0,190	1,000															
cdi_q13	0,044	0,267	0,090	-0,097	-0,174	0,125	0,281	0,227	-0,036	-0,103	-0,073	1,000														
cdi_q14	-0,123	0,133	0,041	-0,082	-0,212	0,039	0,164	-0,109	-0,018	-0,080	-0,312	0,293	1,000													
cdi_q15	-0,171	-0,184	-0,041	-0,031	-0,212	-0,112	0,098	-0,220	0,010	-0,063	0,274	-0,051	-0,202	1,000												
cdi_q16	0,198	-0,068	-0,050	-0,035	0,241	0,212	0,110	0,062	0,319	0,102	0,218	-0,172	-0,269	0,258	1,000											
cdi_q17	0,068	-0,132	0,049	0,125	-0,201	0,206	-0,054	0,068	0,348	0,008	0,280	0,094	-0,213	0,137	0,137	1,000										
cdi_q18	0,168	-0,137	0,058	0,278	0,356	0,331	-0,218	-0,058	0,049	0,046	0,182	-0,186	-0,316	0,026	0,220	0,111	1,000									
cdi_q19	-0,218	-0,068	-0,044	-0,113	0,005	0,037	-0,071	-0,180	-0,269	0,030	0,069	-0,143	-0,147	0,014	-0,127	0,011	0,078	1,000								
cdi_q20	0,590	-0,145	0,010	0,126	0,023	0,058	-0,055	-0,176	0,122	0,345	-0,001	-0,001	0,074	0,066	-0,097	0,118	0,030	0,028	1,000							
cdi_q21	0,041	-0,059	-0,122	0,118	-0,245	-0,168	0,191	-0,254	-0,182	-0,241	0,066	0,004	-0,141	0,263	0,048	0,004	0,055	0,227	0,089	1,000						
cdi_q22	0,062	0,135	0,230	0,248	-0,163	0,063	0,019	-0,292	-0,144	-0,157	-0,278	0,065	0,110	0,068	-0,060	-0,018	0,082	0,092	0,094	0,186	1,000					
cdi_q23	-0,114	0,106	0,119	0,032	0,083	0,018	-0,005	0,341	0,234	-0,374	0,283	0,307	-0,094	0,086	-0,033	0,299	0,082	-0,076	-0,115	0,042	-0,115	1,000				
cdi_q24	-0,150	-0,098	0,147	0,089	0,067	0,098	0,217	0,215	-0,135	0,098	-0,090	0,070	0,123	0,075	-0,161	-0,104	-0,037	0,059	-0,188	-0,060	0,061	-0,105	1,000			
cdi_q25	0,000	-0,002	0,127	0,132	-0,028	-0,049	-0,036	-0,008	0,066	-0,075	-0,091	-0,122	0,121	0,108	0,119	-0,098	-0,079	-0,312	-0,042	-0,089	0,155	0,015	0,081	1,000		
cdi_q26	-0,018	-0,270	0,014	-0,038	0,108	0,047	-0,186	0,323	0,135	-0,003	0,242	0,048	-0,110	0,107	-0,074	0,137	0,000	0,041	0,026	-0,208	-0,265	0,395	-0,205	0,055	1,000	
cdi_q27	0,080	0,276	-0,120	0,031	0,422	0,111	-0,054	0,346	0,214	0,083	0,348	0,080	-0,222	-0,159	0,282	0,071	0,247	0,168	-0,059	-0,038	-0,134	0,398	-0,263	-0,087	0,107	1,000

QUADRO 25 - QUADRO DE CORRELAÇÕES ENTRE AS QUESTÕES DO CDI (AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)
 FONTE: Dados da amostra (2006)

4.2.2.1 Dimensões do CDI – amostra com indicadores de sintomatologia depressiva

Os escores da dimensão *Humor negativo* (6 itens) podem variar de 0 a 12 pontos. Lembrando o que foi citado anteriormente, como a questão 11 do CDI faz parte desta dimensão e foi eliminada, o escore máximo que pode ser atingido é 10. A média verificada mostra-se igual a 4,57 e d.p.=2,07, como ilustra o Gráfico 9:

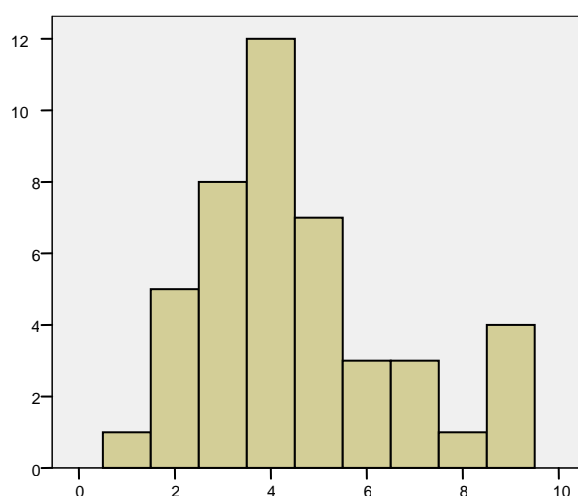


FIGURA 9 – GRÁFICO REPRESENTATIVO DA DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL DOS ESCORES NA DIMENSÃO HUMOR NEGATIVO (CDI/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)

FONTE: Dados da amostra (2006)

Percebe-se, no Quadro 26 que a maioria dos sujeitos pesquisados (26 alunos ou 59,09%) totalizou escores baixos, entre 0 e 4 nesta dimensão, o que pode ser indicativo de humor não tão rebaixado. O escore máximo atingido pela amostra nesta dimensão foi 9 (1 ponto abaixo do escore máximo do instrumento para esta dimensão), representado por quatro alunos (9,09%), os quais demonstraram perceber o seu humor como muito rebaixado.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	1	2,3	2,3	2,3
	2	5	11,4	11,4	13,6
	3	8	18,2	18,2	31,8
	4	12	27,3	27,3	59,1
	5	7	15,9	15,9	75,0
	6	3	6,8	6,8	81,8
	7	3	6,8	6,8	88,6
	8	1	2,3	2,3	90,9
	9	4	9,1	9,1	100,0
Total		44	100,0	100,0	

QUADRO 26 - DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL COM RESPECTIVAS PERCENTAGENS DOS ESCORES NA DIMENSÃO HUMOR NEGATIVO (CDI/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)
 FONTE: Dados da amostra (2006)

No Quadro 27 estão dispostos os coeficientes de correlação ρ de *Spearman* das questões da dimensão Humor negativo (CDI). Verifica-se que as variáveis covariam, isto é, quando os valores de uma variável mudam, prevê-se que os valores da outra também mudem; logo, não são independentes. Existe, nesta dimensão, um relacionamento positivo imperfeito significativo entre os itens 1, 6 e 10. Os itens que se correlacionam moderadamente entre si são: 1 e 6 (0,398); 1 e 10 (0,568); 6 e 8 (0,306).

A primeira correlação citada diz respeito à duração do sentimento de tristeza e à eventualidade dos fatos ruins que ocorrem na vida do indivíduo; a segunda correlação (a mais significativa) indica a duração do mesmo sentimento de tristeza com a intensidade da vontade de chorar. O relacionamento significativo entre os itens 6 e 8 pontua em terceiro lugar na magnitude das relações, indicando a existência de interferência entre a eventualidade das ocorrências negativas na vida do indivíduo e o sentimento de culpa por estes fatos ruins. É possível inferir que tristeza, choro, perspectivas de insucesso e culpa covariam nesta amostra.

	cdi_q1	cdi_q6	cdi_q8	cdi_q10	cdi_q13
cdi_q1	1,000				
cdi_q6	0,398	1,000			
cdi_q8	0,220	0,306	1,000		
cdi_q10	0,568	0,268	0,171	1,000	
cdi_q13	0,044	0,125	0,227	-0,103	1,000

QUADRO 27 - CORRELAÇÕES ENTRE AS QUESTÕES DA DIMENSÃO HUMOR NEGATIVO (CDI/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)
 FONTE: Dados da amostra (2006)

O escore máximo na dimensão *Problemas interpessoais* (4 itens) pode totalizar 8 pontos. A média obtida pelo grupo é igual a 2,5, d.p.= 1,77, como ilustra o Gráfico 10:

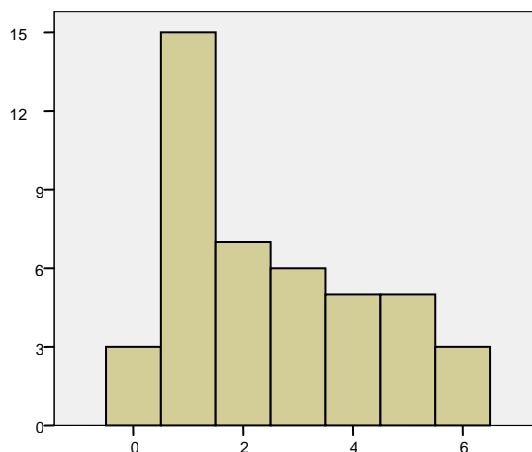


FIGURA 10 - GRÁFICO REPRESENTATIVO DA DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL DOS ESCORES NA DIMENSÃO PROBLEMAS INTERPESSOAIS (CDI/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)
 FONTE: Dados da amostra (2006)

Percebe-se, no Quadro 28, que a maioria dos sujeitos pesquisados (frequência de 31 alunos = 70,5%) atingiu escores baixos (entre 0 e 3) nesta dimensão, o que pode indicar que as relações interpessoais não sejam percebidas como fontes de problemas para essa parcela da amostra. O escore máximo encontrado na dimensão relativa a problemas nas relações interpessoais foi 6 (2 pontos abaixo do escore máximo do instrumento para esta dimensão), representado por três alunos (6,81%):

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	3	6,8	6,8	6,8
1	15	34,1	34,1	40,9
2	7	15,9	15,9	56,8
3	6	13,6	13,6	70,5
4	5	11,4	11,4	81,8
5	5	11,4	11,4	93,2
6	3	6,8	6,8	100,0
Total	44	100,0	100,0	

QUADRO 28 - DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL COM RESPECTIVAS PERCENTAGENS DOS ESCORES NA DIMENSÃO PROBLEMAS INTERPESSOAIS (CDI/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)
 FONTE: Dados da amostra (2007)

As correlações mais significativas encontradas entre os itens desta dimensão (5, 12 e 27) são demonstradas no Quadro 29. Observa-se um relacionamento significativo positivo imperfeito entre as questões 5 e 27 (0,422) assim como também entre as questões 12 e 27 (0,348), porém de fraco a moderado.

O primeiro item (5) diz respeito ao autoconceito do indivíduo, quanto à percepção de suas probabilidades de sucesso ou fracasso; o segundo (27) considera a qualidade nos relacionamentos interpessoais (quanto a ser disponível aos contatos interpessoais ou não). Sugere-se que haja, entre os sujeitos pesquisados, alguns em que um possível autoconceito rebaixado esteja caminhando na mesma direção de uma baixa qualidade nos relacionamentos entre colegas. O item 12 refere-se ao sentimento de conforto frente à companhia de outras pessoas, aqui demonstrado frágil, e relacionado à mesma baixa qualidade nos contatos interpessoais. Tais relações podem se encontrar entre os 30% de estudantes que atingiram escores mais altos nesta dimensão, isto é, que avaliaram a si mesmos como tendo problemas em suas interações com outras pessoas.

	cdi_q5	cdi_q12	cdi_q26	cdi_q27
cdi_q5	1,000			
cdi_q12	0,216	1,000		
cdi_q26	0,108	0,242	1,000	
cdi_q27	0,422	0,348	0,107	1,000

QUADRO 29 - CORRELAÇÕES ENTRE AS QUESTÕES DA DIMENSÃO PROBLEMAS INTERPESSOAIS (CDI/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)

FONTE: Dados da amostra (2006)

O escore máximo para a dimensão *Ineficiência* (4 itens) é igual a 8 pontos. A média do grupo mostrou-se igual a 5,07, d.p.=1,485, conforme ilustra o Gráfico 11:

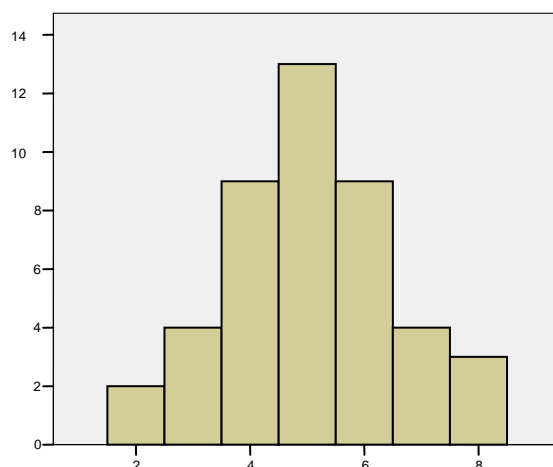


FIGURA 11 - GRÁFICO REPRESENTATIVO DA DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL DOS ESCORES NA DIMENSÃO INEFICIÊNCIA (CDI/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)

FONTE: Dados da amostra (2006)

Percebe-se, no Quadro 30, que a maioria dos sujeitos pesquisados (31 alunos ou 70,5%) totalizou escores medianos, entre 4 e 6 nesta dimensão, o que pode indicar alguma dificuldade na realização de tarefas escolares, tanto do ponto de vista do esforço para conseguir bons resultados, quanto partindo da percepção de não ser tão capaz de um bom rendimento como os colegas.

O escore máximo encontrado na dimensão Ineficiência foi 8 (pontuação máxima para o escore desta dimensão), representado por três alunos (6,8%), os quais parecem perceber-se como ineficientes no que diz respeito às demandas escolares.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	2	4,5	4,5	4,5
	3	4	9,1	9,1	13,6
	4	9	20,5	20,5	34,1
	5	13	29,5	29,5	63,6
	6	9	20,5	20,5	84,1
	7	4	9,1	9,1	93,2
	8	3	6,8	6,8	100,0
	Total	44	100,0	100,0	

QUADRO 30 - DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL COM RESPECTIVAS PERCENTAGENS DOS ESCORES NA DIMENSÃO INEFICIÊNCIA (CDI/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)

FONTE: Dados da amostra (2006)

Como demonstra o Quadro 31, não foram encontradas correlações significativas entre as 4 questões da dimensão Ineficiência na amostra reduzida:

	cdi_q3	cdi_q15	cdi_q23	cdi_q24
cdi_q3	1,000			
cdi_q15	-0,041	1,000		
cdi_q23	0,119	0,086	1,000	
cdi_q24	0,147	0,075	-0,105	1,000

QUADRO 31 - CORRELAÇÕES ENTRE AS QUESTÕES DA DIMENSÃO INEFICIÊNCIA (CDI/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)
 FONTE: Dados da amostra (2006)

O escore para a dimensão *Anedonia* (8 itens) varia entre 0 e 16 pontos e a média obtida pelo grupo foi igual a 7,2, d.p.=2,557, como ilustra o Gráfico 12:

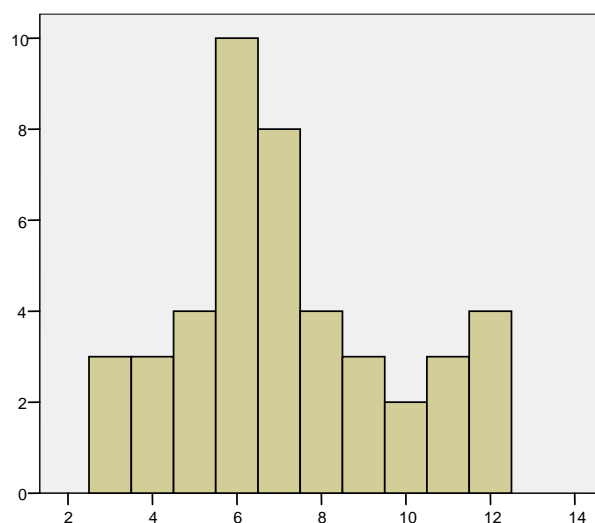


FIGURA 12 - GRÁFICO REPRESENTATIVO DA DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL DOS ESCORES NA DIMENSÃO ANEDONIA (CDI/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)
 FONTE: Dados da amostra (2006)

Percebe-se, no Quadro 32, que uma parte dos sujeitos pesquisados (18 alunos ou 40,9%) totalizou escores medianos (entre 6 e 7) nesta dimensão, o que pode indicar sintomas leves, no grupo em questão, relacionados à falta de diversão

(tanto na escola como fora dela), cansaço, solidão (ou poucos amigos), queixas quanto a dores, falta de apetite e distúrbios no sono.

O escore máximo encontrado na dimensão Anedonia foi 12 (4 pontos abaixo da pontuação máxima para o escore desta dimensão), representado por quatro a alunos, (9,09%).

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3	3	6,8	6,8	6,8
	4	3	6,8	6,8	13,6
	5	4	9,1	9,1	22,7
	6	10	22,7	22,7	45,5
	7	8	18,2	18,2	63,6
	8	4	9,1	9,1	72,7
	9	3	6,8	6,8	79,5
	10	2	4,5	4,5	84,1
	11	3	6,8	6,8	90,9
	12	4	9,1	9,1	100,0
	Total	44	100,0	100,0	

QUADRO 32 - DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL COM RESPECTIVAS PERCENTAGENS DOS ESCORES NA DIMENSÃO ANEDONIA (CDI/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n = 44)

FONTE: Dados da amostra (2006)

De acordo com o Quadro 33, nenhuma correlação significativa pode ser considerada nesta dimensão para a referida amostra de 44 alunos:

	cdi_q 4	cdi_q17	cdi_q18	cdi_q19	cdi_q20	cdi_q21	cdi_q22
cdi_q4	1,000						
cdi_q17	0,125	1,000					
cdi_q18	0,278	0,111	1,000				
cdi_q19	-0,113	0,011	0,078	1,000			
cdi_q20	0,126	0,118	0,030	0,028	1,000		
cdi_q21	0,118	0,004	0,055	0,227	0,089	1,000	
cdi_q22	0,248	-0,018	0,082	0,092	0,094	0,186	1,000

QUADRO 33 - CORRELAÇÕES ENTRE AS QUESTÕES DA DIMENSÃO ANEDONIA (CDI/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)

FONTE: Dados da amostra (2006)

O escore para a dimensão *Autoestima* negativa (5 itens) varia entre 0 e 10 pontos. A média obtida mostra-se igual a 4,7, d.p.=1,77, como ilustra o Gráfico 13:

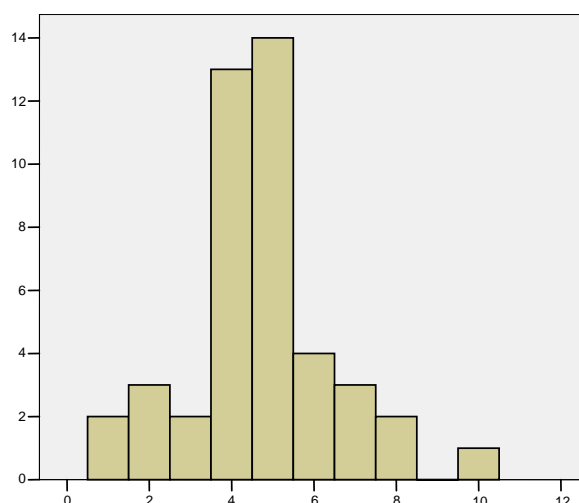


FIGURA 13 - GRÁFICO REPRESENTATIVO DA DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL DOS ESCORES NA DIMENSÃO AUTOESTIMA NEGATIVA (CDI/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n = 44)
FONTE: Dados da amostra (2006)

Percebe-se, no Quadro 34, que a maioria dos sujeitos pesquisados (27 alunos ou 61,3%) totalizou escores medianos, entre 4 e 5 nesta dimensão, o que pode indicar alguma dificuldade na obtenção de boas impressões sobre si mesmo, tanto relacionadas com a percepção da capacidade de sucesso quanto relacionadas à aparência. Referências não tão saudáveis de afeto e sentimento de pertencimento são sugeridas.

O escore máximo encontrado na dimensão Autoestima foi 10 (pontuação máxima para o escore desta dimensão), representado por um aluno (2,3%), que demonstrou autoestima muito baixa.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	2	4,5	4,5	4,5
	2	3	6,8	6,8	11,4
	3	2	4,5	4,5	15,9
	4	13	29,5	29,5	45,5
	5	14	31,8	31,8	77,3
	6	4	9,1	9,1	86,4
	7	3	6,8	6,8	93,2
	8	2	4,5	4,5	97,7
	10	1	2,3	2,3	100,0
	Total	44	100,0	100,0	

QUADRO 34 - DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL COM RESPECTIVAS PERCENTAGENS DOS ESCORES NA DIMENSÃO AUTOESTIMA NEGATIVA (CDI/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)

FONTE: Dados da amostra (2006)

A correlação mais significativa encontrada entre os itens desta dimensão (2 e 7) é demonstrada no Quadro 35, que indica relacionamento significativo positivo imperfeito entre as questões 2 e 7 (0,420), de tipo moderado. A referida correlação indica uma mesma direção entre o apreço por si mesmo e a obtenção de sucesso na vida, em geral:

	cdi_q2	cdi_q7	cdi_q9	cdi_q14	cdi_q25
cdi_q2	1,000				
cdi_q7	0,420	1,000			
cdi_q9	-0,017	0,221	1,000		
cdi_q14	0,133	0,164	-0,018	1,000	
cdi_q25	-0,002	-0,036	0,066	0,121	1,000

QUADRO 35 - CORRELAÇÕES ENTRE AS QUESTÕES DA DIMENSÃO AUTOESTIMA NEGATIVA (CDI/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)

FONTE: Dados da amostra (2006)

Foram consideradas também, além das correlações entre as questões de cada dimensão do CDI, as correlações entre todas as dimensões consigo mesmas, tomando como referência os escores obtidos pelos participantes em cada uma delas. No Quadro 36 são demonstrados estes relacionamentos. A correlação entre as dimensões Humor e Relacionamento Interpessoal do CDI foi a mais relevante dentre todas (0,335), ainda assim sendo considerada fraca. Infere-se que fatores intrínsecos ao humor do indivíduo caminham na mesma direção que a gama de

características que subsidiam os relacionamentos interpessoais da amostra pesquisada.

	cdi_humor	cdi_relainte	cdi_autoest	cdi_anedon	cdi_ineficie
cdi_humor	1,000				
cdi_relainte	0,335	1,000			
cdi_autoest	0,182	-0,025	1,000		
cdi_anedon	-0,049	0,047	-0,198	1,000	
cdi_ineficie	-0,029	0,160	0,024	0,069	1,000

QUADRO 36 - CORRELAÇÕES ENTRE AS CINCO DIMENSÕES DO CDI (AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)
FONTE: Dados da amostra (2006)

4.2.2.2 Diferenças entre gêneros no CDI – amostra com indicadores de sintomatologia depressiva

Dos 44 alunos que compõem esta amostra, 20 são do sexo masculino (45,45%) e 24 (54,54%) do sexo feminino. A média do escore total no instrumento entre as meninas foi igual a 22,04 e entre os meninos igual a 23,05. De acordo com o Quadro 37, é possível verificar o resultado do teste para diferenças estatísticas entre os dois grupos, cujo valor indica uma diferença significativa para os escores totais obtidos na escala:

	norm. M	norm. F	U	F	T
Geral	0,002464294	0,000102	0,803305	0,661375	0,649097
Humor Negativo	0,002087243	0,062466	0,472166	0,615467	0,358767
Problemas Interpessoais	0,022837172	0,014155	0,460952	0,685924	0,399249
Ineficiência	0,31325368	0,169359	0,629655	0,447497	0,742889
Anedonia	0,079610224	0,224958	0,793306	0,515055	0,734887
Autoestima negativa	0,033539239	0,117216	0,609835	0,732506	0,408228

QUADRO 37 - DIFERENÇAS ENTRE GÊNEROS NO GRUPO TOTAL E NAS DIMENSÕES DO CDI (AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)
FONTE: Dados da amostra (2006)

Considerada cada dimensão do CDI, no que se refere às diferenças entre gêneros, observam-se as seguintes médias e desvios-padrão no Quadro 38. As meninas obtiveram uma média mais alta que os meninos somente na dimensão Humor do CDI. Nas outras dimensões, os meninos obtiveram médias mais altas que

as meninas nos escores parciais da escala. Voltando ao Quadro 38, observa-se que os meninos diferenciaram-se significativamente das meninas na dimensão Problemas Interpessoais, como também moderadamente na dimensão Autoestima negativa:

Dimensão	gênero	Mean	Std. Deviation
CDI - Humor	masculino	4,25	,435
	feminino	4,83	,445
CDI - Problemas Interpessoais	masculino	2,75	,416
	feminino	2,29	,348
CDI – Autoestima	masculino	4,95	,413
	feminino	4,50	,351
CDI - Anedonia	masculino	7,35	,621
	feminino	7,08	,492
CDI - Ineficiência	masculino	5,15	,365
	feminino	5,00	,282

QUADRO 38 - MÉDIAS E DESVIOS-PADRÃO ENTRE GÊNEROS NAS DIMENSÕES DO CDI (AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)
FONTE: Dados da amostra (2006)

Pode-se observar, adicionalmente, que a dimensão Anedonia atingiu os maiores escores/médias no grupo em questão, tanto entre os meninos quanto entre as meninas. Assim sendo, indícios relacionados à anedonia (falta de ânimo para a diversão, cansaço, solidão, queixas quanto à dores, falta de apetite e distúrbios do sono) parecem ser o mais presente nesta amostra com indicativos de sintomatologia depressiva.

4.2.3 Escala Piers-Harris de Autoconceito (PH)

Esta escala é a primeira dentre três (as outras duas aparecem consecutiva e respectivamente: ROS, ICCAC) que foram aplicadas na segunda etapa da pesquisa, com vistas a adicionar subsídios relativos aos aspectos psicológicos dos pré-adolescentes e adolescentes com indicações de sintomatologia depressiva, no que diz respeito aos recursos que percebem em si mesmos. Nesta parte do estudo, os 44 sujeitos com sintomatologia depressiva delineada pelo CDI na primeira etapa

da pesquisa responderam a todas as demais escalas propostas, tornando-se, a partir daqui, a base das análises realizadas com referência à segunda amostra.

O coeficiente *Alfa de Cronbach* desta segunda amostra, na PH, foi de 0,858, demonstrando boa e desejável confiabilidade. Os escores totais, nesta escala, podem variar entre 0 e 80. De acordo com o Gráfico 14, a média dos escores na escala de autoconceito foi de 38,43; d.p. 10,92. O escore mínimo atingido pelo grupo foi de 18 pontos e o máximo foi de 70 pontos.

É importante lembrar que aqui, diferentemente do CDI, quanto maior o escore obtido pelos participantes melhor é o seu autoconceito, já que a escala fundamenta-se em um sentido de positividade da crença. Dessa forma, verifica-se que a média obtida pelo grupo (38,43, que equivale a 45,5 em base percentual) é bastante baixa, indicando um autoconceito rebaixado nesta amostra.

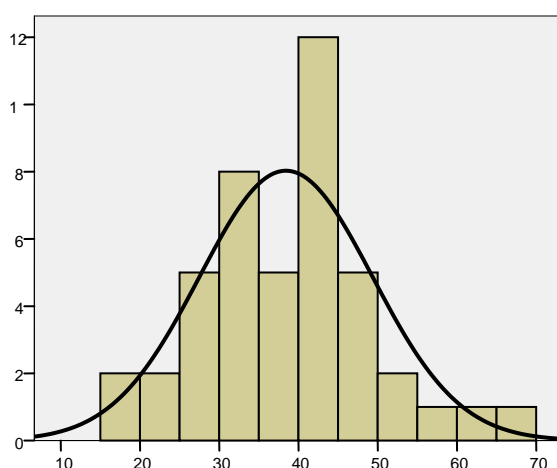


FIGURA 14 - DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL DOS ESCORES TOTAIS DA ESCALA PH (AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)
 FONTE: Dados da amostra (2006)

4.2.3.1 Dimensões da PH

A análise das dimensões da escala poderá informar acerca de quais aspectos do autoconceito dos indivíduos pesquisados parecem encontrar-se mais comprometidos. O escore para a dimensão *Comportamento* varia entre 0 e 16 pontos, sendo que nesta amostra variou de 2 a 14 pontos. A média encontrada é

igual a 8,86, d.p.=3,495, como ilustra o Gráfico 15. A média obtida pode ser considerada de baixa a moderada, pois corresponde a 55,6 em base percentual.

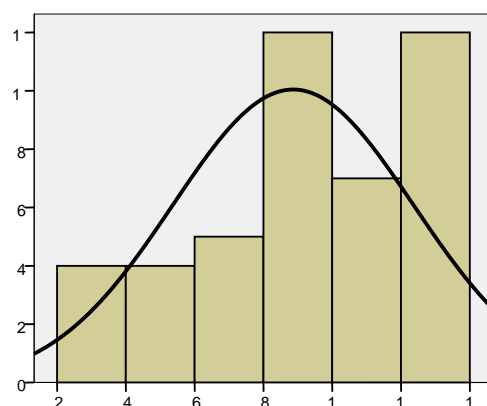


FIGURA 15 - DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL DOS ESCORES NA DIMENSÃO COMPORTAMENTO (PH/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)
FONTE: Dados da amostra (2006)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	1	2,3	2,3	2,3
	3	3	6,8	6,8	9,1
	4	3	6,8	6,8	15,9
	5	1	2,3	2,3	18,2
	6	4	9,1	9,1	27,3
	7	1	2,3	2,3	29,5
	8	8	18,2	18,2	47,7
	9	4	9,1	9,1	56,8
	10	4	9,1	9,1	65,9
	11	3	6,8	6,8	72,7
	12	2	4,5	4,5	77,3
	13	6	13,6	13,6	90,9
	14	4	9,1	9,1	100,0
	Total	44	100,0	100,0	

QUADRO 39 - DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL COM RESPECTIVAS PERCENTAGENS NA DIMENSÃO COMPORTAMENTO (PH/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)
FONTE: Dados da amostra (2006)

Percebe-se, no Quadro 39, que uma parcela dos sujeitos pesquisados (19 alunos ou 43%) obteve escores medianos e altos na presente dimensão. Em contrapartida, 23 participantes (57%) totalizaram escores baixos, o que sugere que o grupo divide-se no que diz respeito às percepções relativas a seu comportamento:

quase a metade aceita-os enquanto comportamentos ditos “comuns” (provavelmente levando em consideração a idade dos sujeitos pesquisados), sendo que, inclusive, uma parcela destes (10 alunos ou 23%) demonstra satisfação com este aspecto, pois concentrou-se entre os escores 13 e 14 (2 a 3 pontos abaixo do escore máximo do instrumento para essa dimensão). O escore máximo encontrado na dimensão Comportamento foi 14 (2 pontos abaixo do escore máximo do instrumento para esta dimensão). Por outro lado, mais da metade dos participantes parece, no que concerne aos assuntos acessados pelo presente instrumento, desaprovar os comportamentos que percebe em si mesmo.

As correlações mais significativas encontradas entre os itens desta dimensão são demonstradas no Quadro 40, as quais indicam relacionamento significativo positivo imperfeito (duas das relações são negativas) entre as questões 12 e 21 (0,486/moderada); questões 13 e 25 (0,306/fraca), 13 e 59 (0,364/fraca), 13 e 78 (0,413/moderada), 13 e 80 (0,394/fraca); questões 14 e 22 (0,501/moderada), 14 e 59 (0,364/fraca), 14 e 80 (0,394/fraca); questões 22 e 25 (0,334/fraca), 22 e 34 (0,319/fraca), 22 e 59 (0,410/moderada), 22 e 80 (0,418/moderada); questões 25 e 34 (0,408/moderada), 25 e 35 (0,810/forte), 25 e 38 (-0,373/fraca), 25 e 59 (0,408/moderada), 25 e 62 (0,306/fraca), 25 e 80 (0,322/fraca); questões 34 e 48 (0,327/fraca); questões 35 e 59 (0,378/fraca); questões 38 e 80 (-0,345/fraca); questões 56 e 62 (0,367/fraca); questões 59 e 62 (0,455/moderada).

	ph_q12	ph_q13in	ph_q14in	ph_q21	ph_q22in	ph_q25in	ph_q34in	ph_q35	ph_q38in	ph_q45in	ph_q48in	ph_q56in	ph_q59in	ph_q62in	ph_q78in	ph_q80
ph_q12	1,000															
ph_q13in	0,094	1,000														
ph_q14in	0,000	0,182	1,000													
ph_q21	0,486	-0,046	-0,046	1,000												
ph_q22in	0,034	0,228	0,501	0,177	1,000											
ph_q25in	0,280	0,306	0,204	0,084	0,334	1,000										
ph_q34in	0,189	0,091	0,091	0,138	0,319	0,408	1,000									
ph_q35	0,214	0,283	0,094	0,104	0,129	0,810	0,283	1,000								
ph_q38in	-0,256	-0,118	-0,236	-0,065	-0,139	-0,373	-0,236	-0,256	1,000							
ph_q45in	0,283	-0,091	-0,091	0,138	-0,046	0,102	0,182	0,189	0,000	1,000						
ph_q48in	0,079	-0,047	0,233	0,062	0,270	0,143	0,327	-0,018	-0,110	0,140	1,000					
ph_q56in	0,109	0,262	0,052	0,026	0,079	0,236	0,262	0,218	-0,136	0,052	0,296	1,000				
ph_q59in	0,094	0,364	0,364	0,229	0,410	0,408	0,182	0,378	-0,118	0,000	0,233	0,262	1,000			
ph_q62in	-0,094	0,273	0,273	-0,138	0,228	0,306	0,273	0,189	0,000	-0,091	0,233	0,367	0,455	1,000		
ph_q78in	0,087	0,413	0,138	0,112	0,282	0,225	0,229	0,277	-0,054	0,046	0,032	0,079	0,138	0,138	1,000	
ph_q80	0,202	0,394	0,394	0,127	0,418	0,322	0,169	0,202	-0,345	0,169	0,060	0,098	0,282	0,282	0,101	1,000

QUADRO 40 - MATRIZ DE CORRELAÇÕES ENTRE AS QUESTÕES DA DIMENSÃO COMPORTAMENTO (PH/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)

FONTE: Dados da amostra (2006)

As duas primeiras questões relacionam proporcionalmente bom comportamento escolar e produção acadêmica suficiente. As segundas questões relacionam positivamente comportamento inadequado em casa e percepção de culpa quando algo não corre como esperado. A terceira correlação diz respeito à congruência entre a mesma percepção de culpa e a tristeza da família em relação à criança ou ao adolescente. A quarta correlação refere-se à percepção de culpa pelo insucesso associada aos maus pensamentos que acometem o aluno com frequência. Também, na quinta correlação, o sentimento de culpa associa-se proporcionalmente à autopercepção enquanto pessoa.

A sexta correlação (questões 14 e 22) associa a percepção de ações erradas realizadas pela criança ou adolescente e a possibilidade de vir a causar problemas para sua família. A sétima correlação repete a consciência do incômodo causado à família com a tristeza sentida pela mesma em relação ao indivíduo. Também a oitava relação refere-se aos problemas eventualmente causados à família associando-se proporcionalmente à autopercepção de ser uma boa pessoa.

A nona correlação (entre as questões 22 e 25) demonstra direção proporcional entre ter atitudes geralmente ruins e se comportar mal em casa. A décima correlação mostra a mesma direção entre estas más atitudes e o envolvimento em situações desagradáveis. A décima primeira correlação também correlaciona estas mesmas atitudes com a tristeza sentida pela família do indivíduo, assim como, na décima segunda correlação, associando-a com a questão de ser ou não uma boa pessoa.

Na décima terceira correlação diretamente proporcional (questões 25 e 34) nota-se a associação positiva entre comportamento inadequado em casa e envolvimento em “encrencas”. Percebe-se na décima quarta associação (a única considerada forte), a relação entre obediência e a maneira como a criança ou o adolescente se comporta em casa. Na décima quinta relação existe a direção negativa relativa à proporcionalidade da mesma, indicando que quanto mais o indivíduo se comporta mal em casa, menos seus pais esperam algo dele. Na décima sexta correlação indica-se que o seu comportamento é diretamente proporcional ao sentimento de tristeza ou alegria que a família tem por ele. A décima sétima correlação aponta direção proporcional entre o comportamento inadequado em casa e o sentimento de perseguição e tormento no mesmo ambiente. A décima oitava

correlação agrega o mau comportamento em ambiente familiar com a dúvida em relação a ser ou não uma boa pessoa.

Na décima nona correlação (questões 34 e 48) existe associação direta entre a percepção de ser desagradável a outrem com frequência e sempre estar envolvido em situações que o depreciam. Na vigésima correlação, existe associação positiva entre a obediência esperada e a tristeza sentida pela família. A vigésima primeira relação refere-se à percepção pela criança ou pelo adolescente das expectativas de seus pais em relação a si como diretamente proporcional à condição de ser considerado uma boa pessoa. A vigésima segunda relação diretamente proporcional refere-se ao envolvimento do aluno em brigas com o sentimento de tormento em casa sofrido pelo mesmo. A última correlação diz respeito à sensação de tormento sofrido em casa com a percepção do aluno acerca da tristeza sentida por sua família em relação a ele.

A dimensão *Status Intelectual e Acadêmico* (17 itens) conta com um escore variando entre 0 e 17 pontos, sendo que nesta amostra variou de 2 a 14 pontos. A média é igual a 8,5, d.p.=2,953, como ilustra o Gráfico 16, equivalendo a 50 em base percentual, o que sugere uma percepção negativa por parte do grupo em relação à percepção de sua condição intelectual e de seu desempenho acadêmico:

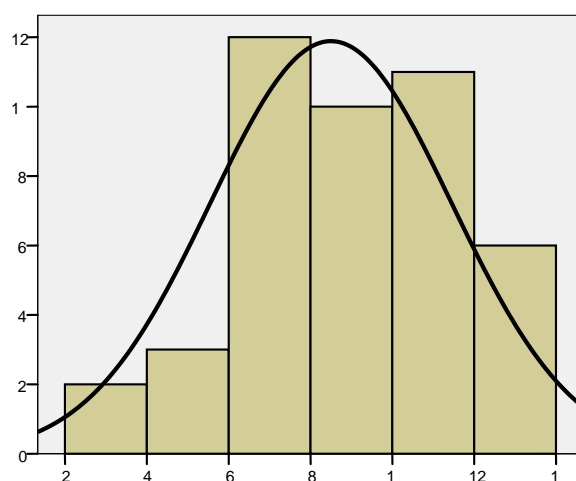


FIGURA 16 - DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL DOS ESCORES NA DIMENSÃO STATUS INTELECTUAL E ACADÊMICO (PH/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)
FONTE: Dados da amostra (2006)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	1	2,3	2,3	2,3
	3	1	2,3	2,3	4,5
	4	2	4,5	4,5	9,1
	5	1	2,3	2,3	11,4
	6	8	18,2	18,2	29,5
	7	4	9,1	9,1	38,6
	8	5	11,4	11,4	50,0
	9	5	11,4	11,4	61,4
	10	6	13,6	13,6	75,0
	11	5	11,4	11,4	86,4
	12	1	2,3	2,3	88,6
	13	2	4,5	4,5	93,2
	14	3	6,8	6,8	100,0
	Total	44	100,0	100,0	

QUADRO 41 - DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL COM RESPECTIVAS PERCENTAGENS NA DIMENSÃO STATUS INTELECTUAL E ACADÊMICO (PH/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)
 FONTE: Dados da amostra (2006)

Percebe-se, no Quadro 41, que a maioria dos sujeitos pesquisados (33 alunos ou 75,1%) obteve baixos escores (até 10 pontos; ou abaixo de 65, em base percentual). Esse dado confirma que grande parte da amostra com indicadores de sintomatologia depressiva não apresenta um bom autoconceito quanto à sua condição intelectual e acadêmica. O escore máximo encontrado na dimensão Status Intelectual e Acadêmico foi 14 (3 pontos abaixo do escore máximo do instrumento para esta dimensão), representando por 3 alunos (6,8%); portanto, nenhum dos alunos desta amostra apresenta uma percepção altamente positiva de si mesmo no que tange aos assuntos acadêmicos.

As correlações mais significativas encontradas entre os itens desta dimensão são demonstradas no Quadro 42, as quais indicam relacionamento significativo positivo imperfeito entre as questões 5 e 21 (0,390/fraca), 5 e 26 (0,330/fraca), 5 e 30 (0,356/fraca), 5 e 70 (0,379/fraca); questões 9 e 21 (0,390/fraca), 9 e 26 (0,428/moderada); questões 12 e 21 (0,486/moderada); questões 16 e 49 (0,302/fraca); questões 21 e 26 (0,427/moderada), 21 e 70 (0,354/fraca); questões 26 e 31 (0,307/fraca); questões 27 e 49 (0,327/fraca); questões 31 e 66 (0,460/moderada); questões 33 e 49 (0,410/moderada); questões 53 e 66 (0,500/moderada):

	ph_q5	ph_q7in	ph_q9	ph_q12	ph_q16	ph_q17	ph_q21	ph_q26in	ph_q27	ph_q30	ph_q31in	ph_q33	ph_q42	ph_q49	ph_q53in	ph_q66in	ph_q70
Ph_q5	1,000																
Ph_q7in	0,171	1,000															
Ph_q9	0,162	-0,027	1,000														
Ph_q12	0,194	0,245	0,092	1,000													
Ph_q16	0,129	-0,009	0,020	0,068	1,000												
Ph_q17	-0,141	0,186	0,059	-0,018	0,038	1,000											
Ph_q21	0,390	0,072	0,390	0,486	-0,122	-0,126	1,000										
Ph_q26in	0,330	0,076	0,428	0,026	-0,056	-0,026	0,427	1,000									
Ph_q27	-0,058	0,207	0,196	-0,011	0,024	0,011	0,173	0,161	1,000								
Ph_q30	0,356	0,203	-0,232	0,069	-0,047	-0,162	0,218	0,100	-0,043	1,000							
Ph_q31in	0,241	0,194	0,241	0,115	0,171	-0,137	0,221	0,307	-0,132	-0,026	1,000						
Ph_q33	0,027	-0,060	0,027	0,140	0,217	0,194	-0,165	0,017	0,153	-0,110	-0,099	1,000					
Ph_q42	0,015	0,069	0,122	0,075	0,061	-0,100	0,162	0,109	-0,176	0,091	0,202	-0,272	1,000				
Ph_q49	-0,027	0,154	-0,027	0,149	0,302	0,091	-0,021	-0,017	0,327	0,017	-0,186	0,410	-0,134	1,000			
Ph_q53in	-0,016	0,036	0,104	-0,202	-0,069	0,055	-0,127	-0,010	0,053	0,010	0,060	-0,036	-0,205	0,036	1,000		
Ph_q66in	0,257	0,226	0,048	0,009	-0,020	-0,059	0,201	0,258	-0,069	0,232	0,460	-0,027	-0,015	0,126	0,500	1,000	
Ph_q70	0,379	-0,036	0,258	0,202	-0,058	0,060	0,354	0,010	0,093	0,103	-0,176	0,036	-0,042	0,078	0,117	0,104	1,000

QUADRO 42: MATRIZ DE CORRELAÇÕES ENTRE AS QUESTÕES DA DIMENSÃO STATUS INTELECTUAL E ACADÊMICO (PH/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)

FONTE: Dados da amostra (2006)

As duas primeiras questões relacionam proporcionalmente a percepção de esperteza e o sucesso acadêmico. As segundas questões relacionam positivamente a percepção de esperteza com a lentidão na realização de tarefas escolares. Aqui se observa a correlação positiva entre uma variável positiva (sentir-se esperto) e uma que pode ser considerada negativa, para propósitos do autoconceito, que é a lentidão em realizar as tarefas escolares. Esperar-se-ia que tal correlação fosse negativa; porém é provável que o fato das afirmativas relacionadas a eventos negativos terem tido sua pontuação invertida (para igualar a direção da crença e permitir a obtenção geral) tenha ocasionado essa positividade “artificial”, situação que se repete com a questão 26 em relação a outras variáveis, como se verá adiante.

A terceira correlação diz respeito à congruência entre a mesma percepção de esperteza e o bom desempenho em termos de expressão frente à turma. A quarta correlação refere à percepção de esperteza associada ao bom desempenho em leitura.

A quinta correlação (questões 9 e 21) indica uma associação diretamente proporcional entre a expectativa do aluno em ser uma pessoa de sucesso, quando adulto, e sua facilidade em realizar, atualmente, os trabalhos acadêmicos. A sexta correlação associa esta mesma expectativa de ser alguém importante com a questão da lentidão na realização das tarefas escolares.

A sétima correlação (questões 12 e 21) associa o bom comportamento em ambiente escolar com o bom desempenho na produção acadêmica. A oitava relação refere-se à autopercepção do aluno quanto a ter boas idéias e o reconhecimento de seus amigos em relação a este fato.

A nona correlação (entre as questões 21 e 26) demonstra direção proporcional entre o bom desempenho na produção acadêmica e a lentidão na realização das tarefas que a compõem. A décima correlação mostra a mesma direção entre este bom desempenho e a habilidade em leitura.

A décima primeira correlação (questões 26 e 31) associa a lentidão na produção acadêmica com a sensação do aluno de estar “no mundo da lua”. Na décima segunda correlação, associa-se a representação do indivíduo de ser aprovado por seus amigos e o reconhecimento pelos mesmos de suas boas idéias. Na décima terceira correlação diretamente proporcional nota-se a associação positiva entre a sensação do aluno em estar sempre “aéreo” com o esquecimento do

que aprendeu. Percebe-se na décima quarta relação a associação entre o reconhecimento e a apreciação dos colegas em relação às idéias do aluno. Na décima quinta e última relação existe a indicação de direção proporcional entre o desconhecimento das coisas e o esquecimento do que aprende.

A dimensão *Aparência Física e Atributos* (13 itens), por sua vez, conta com um escore variando entre 0 e 13 pontos, sendo que neste grupo encontraram-se escores entre 1 e 12. A média mostra-se igual a 5,55, d.p.=2,574, como ilustra o Gráfico 17:

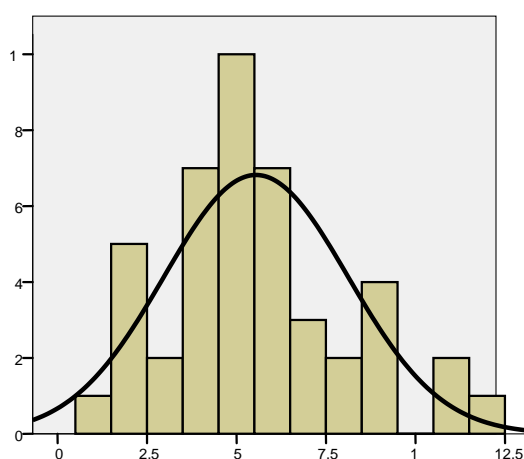


FIGURA 17 - DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL DOS ESCORES NA DIMENSÃO APARÊNCIA FÍSICA E ATRIBUTOS (PH/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)
FONTE: Dados da amostra (2006)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	1	2,3	2,3	2,3
2	5	11,4	11,4	13,6
3	2	4,5	4,5	18,2
4	7	15,9	15,9	34,1
5	10	22,7	22,7	56,8
6	7	15,9	15,9	72,7
7	3	6,8	6,8	79,5
8	2	4,5	4,5	84,1
9	4	9,1	9,1	93,2
11	2	4,5	4,5	97,7
12	1	2,3	2,3	100,0
Total	44	100,0	100,0	

QUADRO 43 - DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL COM RESPECTIVAS PERCENTAGENS NA DIMENSÃO APARÊNCIA FÍSICA E ATRIBUTOS (PH/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)
FONTE: Dados da amostra (2006)

Percebe-se, no Quadro 43, que uma grande parcela dos sujeitos (35 alunos ou 79,5% atingiu até o escore 7 nesta dimensão (menos de 60, em base percentual). Pode-se inferir, a partir deste resultado, que grande parte da amostra com indicadores de sintomatologia depressiva demonstra insatisfação quanto à sua aparência física e seus atributos, pesando este quesito desfavoravelmente em seu autoconceito. O escore máximo encontrado na dimensão Aparência Física e Atributos foi 12 (1 pontos abaixo do escore máximo do instrumento para esta dimensão), representando a frequência de 2,3% (1 aluno).

As correlações mais significativas encontradas entre os itens desta dimensão são demonstradas no Quadro 44, que indica relacionamento significativo entre as questões 5 e 41 (0,342/fraca); questões 8 e 54 (0,325/fraca); questões 15 e 49 (-0,354/fraca); questões 29 e 49 (0,316/fraca); questões 33 e 49 (0,410/moderada); questões 49 e 57 (0,321/fraca); questões 54 e 60 (0,488/moderada); questões 57 e 69 (0,457/moderada); questões 63 e 73 (0,488/moderada):

	ph_q5	ph_q8in	ph_q15	ph_q29	ph_q33	ph_q41	ph_q49	ph_q54	ph_q57	ph_q60	ph_q63	ph_q69	ph_q73
ph_q5	1,000												
ph_q8in	0,072	1,000											
ph_q15	0,258	0,017	1,000										
ph_q29	0,126	-0,154	0,169	1,000									
ph_q33	0,027	0,034	-0,017	0,060	1,000								
ph_q41	0,342	0,194	0,256	0,186	-0,004	1,000							
ph_q49	-0,027	-0,128	-0,354	0,316	0,410	0,004	1,000						
ph_q54	0,257	0,325	0,036	0,072	0,171	0,260	0,027	1,000					
ph_q57	-0,020	0,009	-0,056	0,094	0,094	0,038	0,321	0,020	1,000				
ph_q60	0,098	0,185	0,091	0,277	0,185	0,233	0,277	0,488	0,204	1,000			
ph_q63	-0,137	0,266	-0,103	0,078	0,078	0,060	0,036	0,137	0,069	0,169	1,000		
ph_q69	-0,059	-0,280	-0,026	0,186	-0,194	-0,054	0,194	-0,041	0,457	0,047	-0,055	1,000	
ph_q73	0,056	0,160	0,211	-0,053	0,160	0,296	-0,053	0,169	0,118	0,052	0,488	0,081	1,000

QUADRO 44: MATRIZ DE CORRELAÇÕES ENTRE AS QUESTÕES DA DIMENSÃO APARÊNCIA FÍSICA E ATRIBUTOS (PH/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)

FONTE: Dados da amostra (2006)

A primeira correlação indica relacionamento positivo entre a percepção de ser esperto e ter cabelos bonitos, associando aparência física aos demais atributos da pessoa. A segunda correlação sugere associação entre o indivíduo se considerar bonito e o incômodo diante de sua aparência. A terceira correlação sugere uma relação negativa entre possuir boas idéias e ser forte fisicamente. A quarta relação indica direção positiva entre ter boas idéias e possuir olhos bonitos. Na quinta relação associa-se a estima que os colegas possuem quanto às ideias da criança ou do adolescente e a qualificação deste por outrem quanto às suas habilidades intelectuais. A sexta correlação indica direção positiva entre popularidade entre os colegas do sexo masculino e o fato de ter boas idéias. A sétima correlação associa a qualidade conferida à autoimagem, quanto à beleza, pelo próprio aluno, à agradabilidade de suas feições. A oitava correlação sugere popularidade, respectivamente, entre os demais meninos e as demais meninas. A nona relação associa liderança nas brincadeiras e esportes entre colegas e percepção sobre a própria beleza corporal pelo aluno.

Já a dimensão *Ansiedade* (14 itens) conta com um escore variando entre 0 e 14 pontos, sendo que esta amostra atingiu entre 0 e 13 pontos. A média obtida é igual a 5,70, d.p.=3,100, como ilustra o Gráfico 18. Faz-se necessário esclarecer que, como a escala fundamenta-se em uma percepção de positividade do autoconceito, as questões sugestivas de alto nível de ansiedade tiveram sua pontuação invertida, de forma a igualar a direção da crença, estando em conformidade com as demais dimensões e possibilitando, assim, que um alto escore geral no instrumento traduza uma percepção positiva de si mesmo. Dessa maneira, uma média de 5,7 (equivalente a 40,7 em base percentual) representa um alto nível de ansiedade na amostra pesquisada.

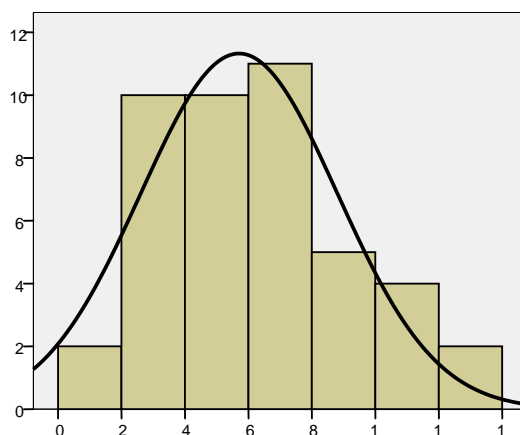


FIGURA 18 - DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL DOS ESCORES NA DIMENSÃO ANSIEDADE (PH/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)
 FONTE: Dados da amostra (2006)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	1	2,3	2,3	2,3
	1	1	2,3	2,3	4,5
	2	4	9,1	9,1	13,6
	3	6	13,6	13,6	27,3
	4	5	11,4	11,4	38,6
	5	5	11,4	11,4	50,0
	6	8	18,2	18,2	68,2
	7	3	6,8	6,8	75,0
	8	4	9,1	9,1	84,1
	9	1	2,3	2,3	86,4
	11	4	9,1	9,1	95,5
	12	1	2,3	2,3	97,7
	13	1	2,3	2,3	100,0
	Total	44	100,0	100,0	

QUADRO 45 - DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL COM RESPECTIVAS PERCENTAGENS NA DIMENSÃO ANSIEDADE (PH/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)
 FONTE: Dados da amostra (2006)

Percebe-se, no Quadro 45, que a maioria dos participantes (37 alunos ou 84%) apresenta escores inferiores a 9 nesta dimensão (ou a 64, em base percentual), ou seja, a quase totalidade do grupo percebe-se como altamente ansiosa, principalmente em situações em que o aluno necessita se expor (na escola, por exemplo, ao ser chamado pelo professor ou ao fazer avaliações). Tal ansiedade

traduz-se por sentimentos de tristeza, choro frequente, nervosismo, medo, vontade de ser diferente, preocupações com a aceitação por parte dos colegas, aspectos que serão detalhados nos parágrafos seguintes, ao se comentar acerca das correlações entre as questões da referida dimensão. O escore máximo encontrado na dimensão Ansiedade foi 13 (1 ponto abaixo do escore máximo do instrumento para esta dimensão), representando a frequência de 2,3% (1 aluno).

As correlações mais significativas encontradas entre os itens desta dimensão são demonstradas no Quadro 46, indicando relacionamento significativo positivo imperfeito entre as questões 4 e 37 (0,322/fraca), 4 e 43 (0,358/fraca), 4 e 79 (0,468/moderada); questões 7 e 50 (0,374/fraca); questões 8 e 10 (0,325/fraca), 8 e 37 (0,425/moderada), 8 e 43 (0,374/fraca); questões 10 e 37 (0,349/fraca); questões 20 e 28 (0,341/fraca), 20 e 39 (0,428/moderada); questões 28 e 43 (0,313/fraca), 28 e 79 (0,403/moderada); questões 37 e 79 (0,393/fraca); questões 39 e 43 (0,327/fraca); questões 40 e 43 (0,374/fraca), 40 e 74 (0,394/fraca); questões 43 e 74 (0,450/moderada), 43 e 79 (0,344/fraca); questões 74 e 79 (0,444/moderada).

	ph_q4in	ph_q6in	ph_q7in	ph_q8in	ph_q10in	ph_q20in	ph_q28in	ph_q37in	ph_q39	ph_q40in	ph_q43in	ph_q50in	ph_q74in	ph_q79in
ph_q4in	1,000													
ph_q6in	0,085	1,000												
ph_q7in	0,151	0,140	1,000											
ph_q8in	0,151	0,140	-0,034	1,000										
ph_q10in	0,137	0,092	0,126	0,325	1,000									
ph_q20in	0,078	0,149	0,222	-0,248	-0,226	1,000								
ph_q28in	0,263	0,154	0,100	0,100	-0,021	0,341	1,000							
ph_q37in	0,322	0,174	0,113	0,425	0,349	-0,009	0,155	1,000						
ph_q39	0,032	0,179	0,052	0,245	0,009	0,428	0,184	0,145	1,000					
ph_q40in	0,036	-0,052	0,154	0,154	-0,072	0,222	-0,010	0,113	0,245	1,000				
ph_q43in	0,358	0,109	0,160	0,374	0,169	-0,053	0,313	0,236	0,327	0,374	1,000			
ph_q50in	0,163	0,109	0,374	-0,053	-0,056	0,160	0,063	0,000	0,109	0,160	0,212	1,000		
ph_q74in	0,240	0,104	0,021	0,208	-0,004	0,165	0,184	0,187	0,277	0,394	0,450	-0,026	1,000	
ph_q79in	0,468	0,295	0,115	0,115	0,193	0,165	0,403	0,393	0,087	0,115	0,344	-0,026	0,444	1,000

QUADRO 46: MATRIZ DE CORRELAÇÕES ENTRE AS QUESTÕES DA DIMENSÃO ANSIEDADE (PH/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)

FONTE: Dados da amostra (2006)

As duas primeiras questões relacionam proporcionalmente preocupação frequente e tristeza. As segundas questões relacionam positivamente também a frequência do sentimento de tristeza com a vontade de ser diferente. A terceira correlação diz respeito à congruência entre a mesma percepção de tristeza e o choro frequente.

A quarta correlação refere nervosismo quando o aluno é chamado pela professora e a infelicidade sentida pelo mesmo. Na quinta correlação, o sentimento de preocupação quando é feita prova na escola associa-se proporcionalmente à autopercepção incômoda de sua aparência. Na sexta correlação, a mesma percepção rebaixada de sua aparência associa-se com excessiva preocupação. Também a percepção incômoda relaciona-se, na sétima correlação, à vontade do aluno de ser diferente.

A oitava correlação indica relação positiva entre preocupação excessiva e preocupação quando o aluno tem de realizar avaliações na escola. Na nona relação, indica-se associação entre o desistir facilmente das coisas e o nervosismo sentido pelo aluno. A décima correlação associa a percepção da fácil desistência à apreciação (ou não) por si próprio. A décima primeira relação indica associação entre o nervosismo e a vontade sentida pelo aluno de ser diferente. A décima segunda correlação também liga este mesmo sentimento de nervosismo ao choro frequente.

Na décima terceira correlação diretamente proporcional (questões 37 e 39) nota-se a associação positiva entre a preocupação excessiva e a percepção de boa aceitação das idéias do aluno pelos colegas da escola. Percebe-se na décima quarta associação entre gostar e não gostar de si mesmo. Na décima quinta relação existe a associação entre o sentimento de “estar por fora” dos acontecimentos e a vontade de ser diferente. Na décima sexta correlação, indica-se associação entre a mesma percepção do aluno de não fazer parte do contexto em que está inserido e o sentimento de medo. A décima sétima correlação indica direção proporcional entre a vontade do aluno em ser diferente e o mesmo sentimento de medo. A décima oitava correlação associa a vontade de ser diferente com o choro frequente. Na décima nona correlação aparece a associação direta entre o sentimento de medo e o choro.

A dimensão *Popularidade* (13 itens) conta com um escore variando entre 0 e 13 pontos, sendo que para esta amostra variou entre 1 e 11 pontos. A média, igual

a 6,18, d.p.=2,62, pode ser observada no Gráfico 19. Esta média, que equivale a 47,6 em base percentual, também apresenta-se baixa, permitindo inferir que este grupo não se considera “popular”, ou seja, não se percebe possuidor da estima dos colegas em níveis satisfatórios.

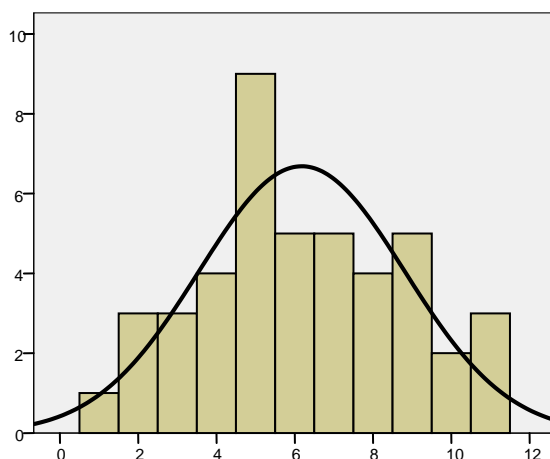


FIGURA 19 - DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL DOS ESCORES NA DIMENSÃO POPULARIDADE (PH/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)
 FONTE: Dados da amostra (2006)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	1	2,3	2,3	2,3
2	3	6,8	6,8	9,1
3	3	6,8	6,8	15,9
4	4	9,1	9,1	25,0
5	9	20,5	20,5	45,5
6	5	11,4	11,4	56,8
7	5	11,4	11,4	68,2
8	4	9,1	9,1	77,3
9	5	11,4	11,4	88,6
10	2	4,5	4,5	93,2
11	3	6,8	6,8	100,0
Total	44	100,0	100,0	

QUADRO 47 - DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL COM RESPECTIVAS PERCENTAGENS NA DIMENSÃO POPULARIDADE (PH/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)
 FONTE: Dados da amostra (2006)

Percebe-se, a partir dos dados expostos no Quadro 47, que uma parcela significativa dos sujeitos pesquisados (30 alunos ou 68,2%) totalizou escores baixos,

até 7 (inferiores a 60 em base percentual) nesta dimensão, o que indica baixo autoconceito em termos de popularidade, pelo menos no que se refere a esses dois terços da amostra com indicadores de sintomatologia depressiva. O escore máximo encontrado na dimensão Popularidade foi 11 (2 pontos abaixo do escore máximo do instrumento para esta dimensão), representado por 6,8% dos alunos.

As correlações mais significativas encontradas entre os itens desta dimensão são demonstradas no Quadro 48, indicando relacionamento significativo positivo imperfeito entre as questões 1 e 77 (0,309/fraca); questões 3 e 51 (0,633/moderada); questões 11 e 51 (0,307/fraca), 11 e 77 (0,309/fraca); questões 33 e 46 (0,370/fraca), 33 e 49 (0,410/moderada); questões 40 e 46 (0,370/fraca); questões 46 e 49 (0,462/moderada); questões 51 e 77 (0,311/fraca); questões 58 e 77 (0,378/fraca).

	ph_q1in	ph_q3in	ph_q6in	ph_q11in	ph_q33	ph_q40in	ph_q46in	ph_q49	ph_q51	ph_q58in	ph_q65in	ph_q69	ph_q77in
ph_q1in	1,000												
ph_q3in	0,213	1,000											
ph_q6in	-0,079	0,216	1,000										
ph_q11in	0,137	0,119	-0,079	1,000									
ph_q33	-0,091	0,262	-0,044	0,099	1,000								
ph_q40in	0,280	0,295	-0,052	0,186	0,034	1,000							
ph_q46in	0,047	0,091	-0,094	0,140	0,370	0,370	1,000						
ph_q49	-0,099	0,017	-0,245	0,280	0,410	-0,034	0,462	1,000					
ph_q51	0,213	0,633	0,216	0,307	0,169	0,203	0,091	0,203	1,000				
ph_q58in	0,140	0,091	0,094	-0,140	-0,185	0,092	0,273	0,000	0,091	1,000			
ph_q65in	-0,217	-0,018	0,054	-0,217	-0,279	-0,111	-0,048	-0,111	0,079	0,144	1,000		
ph_q69	0,054	-0,026	-0,018	0,150	-0,194	0,194	0,047	0,194	0,162	0,140	-0,177	1,000	
ph_q77in	0,309	0,216	-0,080	0,309	0,052	0,140	0,189	0,140	0,311	0,378	-0,145	0,079	1,000

QUADRO 48: MATRIZ DE CORRELAÇÕES ENTRE AS QUESTÕES DA DIMENSÃO POPULARIDADE (PH/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)
 FONTE: Dados da amostra (2006)

A primeira correlação sugere que a percepção que o indivíduo tem das “gozações” feitas de si pelos colegas é diretamente proporcional à percepção que o mesmo tem sobre as diferenças entre ele e estes colegas. Na segunda correlação a dificuldade em construir novas amizades é diretamente proporcional, porém contraposta à boa quantidade de amigos já feita pelo indivíduo. As terceira e quarta correlações sugerem que a percepção quanto à quantidade de amigos que o indivíduo possui (nesse caso, muitos amigos) e também quanto à diferença existente entre ele e seus amigos é diretamente proporcional à imagem do mesmo na escola (percebida como não sendo admirável). A quinta correlação infere proporcionalidade direta entre a percepção do aluno quanto à boa receptividade de suas idéias pelos amigos e a escolha dele pelos mesmos na participação das brincadeiras como sendo a última opção. Porém, na sexta correlação é direta a proporção entre a percepção do grupo de amigos apreciando suas ideias e a credibilidade de que os mesmos achem realmente boas suas ideias. Na sétima correlação ter muitos amigos aparece diretamente proporcional ao fato do indivíduo se sentir diferente das outras pessoas. Já na oitava correlação, o fato o indivíduo se sentir atormentado pelas pessoas também aparece diretamente proporcional à percepção do mesmo quanto às suas diferenças em relação aos amigos.

A dimensão *Felicidade e Satisfação* (10 itens) conta com um escore variando entre 0 e 10 pontos, sendo atingidos nesta dimensão, os mesmos escores. A média obtida é igual a 5,41, d.p.=2,22, como ilustra o Gráfico 20. A média do grupo nesta dimensão, que equivale a 54 em base percentual, configura-se como a menos negativa entre as subescalas do instrumento, embora, ainda assim, deva ser considerada baixa.

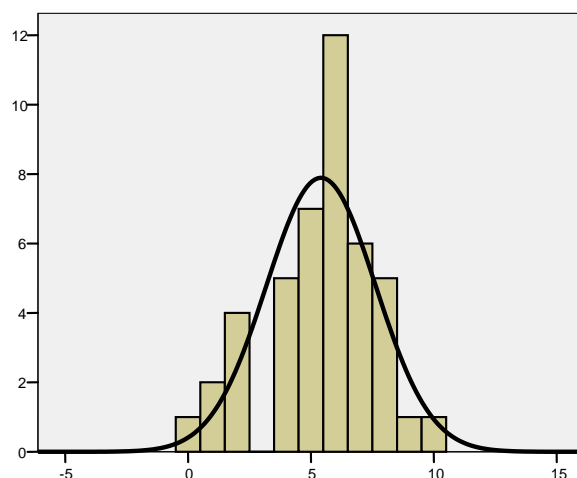


FIGURA 20 - DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL DOS ESCORES NA DIMENSÃO FELICIDADE E SATISFAÇÃO (PH/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)

FONTE: Dados da amostra (2006)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	1	2,3	2,3	2,3
	1	2	4,5	4,5	6,8
	2	4	9,1	9,1	15,9
	4	5	11,4	11,4	27,3
	5	7	15,9	15,9	43,2
	6	12	27,3	27,3	70,5
	7	6	13,6	13,6	84,1
	8	5	11,4	11,4	95,5
	9	1	2,3	2,3	97,7
	10	1	2,3	2,3	100,0
	Total	44	100,0	100,0	

QUADRO 49 - DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL COM RESPECTIVAS PERCENTAGENS NA DIMENSÃO FELICIDADE E SATISFAÇÃO (PH/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)

FONTE: Dados da amostra (2006)

Percebe-se, no Quadro 49, que pouco mais da metade dos sujeitos pesquisados (25 alunos ou 57%) totalizou escores de medianos a positivos, a partir de 6 (ou 60, em base percentual), nesta dimensão. Já outros 19 participantes (43%) situaram-se nos níveis mais negativos no que se refere à percepção de felicidade e satisfação com a vida. Tem-se, portanto, as opiniões

divididas no grupo quanto a esse quesito. Apenas dois alunos (4,6%) da amostra atingiram os escores mais altos (9 e 10), isto é, consideram-se felizes.

As correlações mais significativas encontradas entre os itens desta dimensão são demonstradas no Quadro 50, que indica relacionamento significativo positivo imperfeito entre as questões 2 e 50 (0,431/moderada), 2 e 52 (0,546/moderada), 2 e 80 (0,536/moderada); questões 8 e 43 (0,374/fraca); questões 39 e 43 (0,327/fraca), 39 e 52 (0,313/fraca); questões 50 e 52 (0,436/moderada), 50 e 80 (0,488/moderada); questões 52 e 80 (0,437/moderada):

	ph_q2	ph_q8in	ph_q36	ph_q39	ph_q43in	ph_q50in	ph_q52	ph_q60	ph_q67	ph_q80
ph_q2	1,000									
ph_q8in	-0,069	1,000								
ph_q36	-0,005	-0,120	1,000							
ph_q39	0,028	0,245	-0,041	1,000						
ph_q43in	0,144	0,374	0,063	0,327	1,000					
ph_q50in	0,431	-0,053	0,063	0,109	0,212	1,000				
ph_q52	0,546	0,149	0,072	0,313	0,109	0,436	1,000			
ph_q60	0,149	0,185	0,000	0,189	0,157	0,052	0,000	1,000		
ph_q67	0,149	0,000	0,000	0,094	-0,052	0,157	0,000	0,273	1,000	
ph_q80	0,536	-0,036	0,006	0,202	0,033	0,488	0,437	0,056	0,056	1,000

QUADRO 50 - MATRIZ DE CORRELAÇÕES ENTRE AS QUESTÕES DA DIMENSÃO FELICIDADE E SATISFAÇÃO (PH/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)

FONTE: Dados da amostra (2006)

Na primeira correlação, o primeiro item diz respeito à felicidade sentida pelo aluno, enquanto o segundo à infelicidade sentida pelo mesmo. A matriz indica que as duas variáveis caminham de maneira proporcional entre si, sendo que a correlação não aparece negativa pelo fato das afirmativas relativas à infelicidade terem sido pontuadas de forma invertida, igualando sua direção. Na segunda correlação, o primeiro item discorre sobre a sensação de felicidade, como citado na correlação anterior, e o segundo refere-se à alegria expressa pelo aluno, inferindo-se que o sentimento de felicidade e a expressão de alegria encontram-se diretamente proporcionais entre si. Na terceira correlação, novamente o primeiro item relacionado à felicidade se relaciona direta e proporcionalmente ao item que se refere à percepção de bondade e disponibilidade.

A quarta associação (questões 8 e 43) indica relação entre o desejo do aluno de ser diferente e o incômodo sentido em relação à sua aparência. Na quinta relação, associa-se a vontade de ser diferente com a apreciação (ou não) do aluno por si mesmo. Na sexta correlação o primeiro item, que versa sobre o sentimento de infelicidade, relaciona-se positivamente à expressão de alegria, relação que se repete na sétima associação.

Na oitava correlacionam-se os sentimentos de ser infeliz e de ser uma boa pessoa. Novamente tem-se associados itens que parecem não convergir, pelo motivo já exposto. No entanto, para facilitar a compreensão, basta localizar os aspectos essenciais que estão sendo destacados: sentimento de felicidade/infelicidade e ligação com manifestações de alegria com a sensação de ser uma boa pessoa, por exemplo. Na nona e última correlação, indica-se associação entre a percepção do aluno de sua alegria e o sentir-se uma boa pessoa.

Finalmente, o Quadro 51 demonstra os coeficientes ρ de *Spearman* extraídos da matriz de correlações entre as seis dimensões da Escala Piers-Harris de Autoconceito entre si. Os valores dos coeficientes indicam, em sua maioria, correlações moderadas: dimensão Comportamento correlacionada com as dimensões Felicidade e Satisfação (0,474) e Status Intelectual e Acadêmico (0,389); dimensão Ansiedade correlacionada com as dimensões Felicidade e Satisfação (0,406) e Popularidade (0,429); dimensão Felicidade e Satisfação correlacionada com as dimensões Status Intelectual e Acadêmico (0,395), Popularidade (0,533) e Aparência Física e Atributos (0,415); dimensão Status Intelectual e Acadêmico correlacionada com a dimensão Aparência Física e Atributos (0,410); dimensão Popularidade correlacionada com a dimensão Aparência Física e Atributos (0,487):

	ph_compor	ph_ansie	ph_felicit	ph_status	ph_popular	ph_aparênc
ph_compor	1,000					
ph_ansie	0,039	1,000				
ph_felicit	0,474	0,406	1,000			
ph_status	0,389	0,174	0,395	1,000		
ph_popular	0,180	0,429	0,533	0,183	1,000	
ph_aparênc	0,091	0,081	0,415	0,410	0,487	1,000

QUADRO 51 - CORRELAÇÃO ENTRE TODAS AS DIMENSÕES DA PH (AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)

FONTE: Dados da amostra (2006)

4.2.3.2 Diferenças entre Gêneros na PH

No Quadro 52 são demonstradas as diferenças estatísticas entre os gêneros, considerada cada dimensão. A partir desta distribuição, percebe-se diferença significativamente alta entre os gêneros nas dimensões Comportamento e Felicidade e Satisfação da escala PH:

	norm. M	norm. F	U	F	T
Geral	0,3535	0,0930	0,9248	0,0195	0,7284
Comportamento	0,1502	0,0297	0,0856	0,9232	0,0646
Status Intelectual e Acadêmico	0,1460	0,4461	0,3131	0,1046	0,4794
Aparência física e atributos	0,0744	0,3226	0,8488	0,0683	0,5555
Ansiedade	0,1541	0,7803	0,0308	0,0353	0,0141
Popularidade	0,1548	0,7764	0,2960	0,1590	0,2856
Felicidade e Satisfação	0,3940	0,0277	0,5985	0,4519	0,6090

QUADRO 52 - DIFERENÇAS ENTRE GÊNEROS NO ESCORE TOTAL DA PH (AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)

FONTE: Dados da amostra (2006)

Considerando-se, ainda, as diferenças entre gêneros, observam-se as seguintes médias e desvios-padrão no Quadro 53. As meninas obtiveram a média 9,75, mais alta que os meninos, na dimensão Comportamento (apresentam percepções mais favoráveis quanto a esse quesito) e também a média 8,79, mais alta que os meninos na dimensão Status Intelectual e Acadêmico da PH (porém esta não se revelou significativa). Nas outras, os meninos obtiveram as médias mais altas nos escores parciais da escala, sendo que na dimensão Ansiedade verifica-se uma forte diferença em favor dos

meninos: as meninas percebem-se como sendo muito mais ansiosas que os garotos.

Dimensão	gênero	Mean	Std. Deviation
PH-Comportamento	masculino	7,80	,766
	feminino	9,75	,687
PH-Ansiedade	masculino	7,00	,791
	feminino	4,63	,454
PH-Felic. e Sat.	masculino	5,60	,545
	feminino	5,25	,422
PH-Stat. Intel. e acad.	masculino	8,15	,782
	feminino	8,79	,500
PH-Popularidade	masculino	6,65	,678
	feminino	5,79	,454
PH-Apar. Fís.e Atrib.	masculino	5,80	,694
	feminino	5,33	,424

QUADRO 53 - MÉDIAS E DESVIOS-PADRÃO ENTRE GÊNEROS NAS DIMENSÕES DA PH (AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)
 FONTE: Dados da amostra (2006)

4.2.4 Escala Rosenberg de Autoestima (ROS)

A média dos escores na escala de autoestima foi de 4,80 (d.p. 2,64), de acordo com o Gráfico 21. Tendo em vista que os escores, nesta versão do instrumento, podem variar entre 0 e 10, a média obtida (que corresponde a 48 em base percentual) pode ser avaliada como baixa. O coeficiente *Alfa de Cronbach* é igual a 0,732 para esta escala, constituída por 10 itens, na qual foram apresentadas duas possibilidades de resposta (concordo e não concordo). O valor do Alfa pode ser visto como adequado, considerando-se o pequeno número de questões da escala.

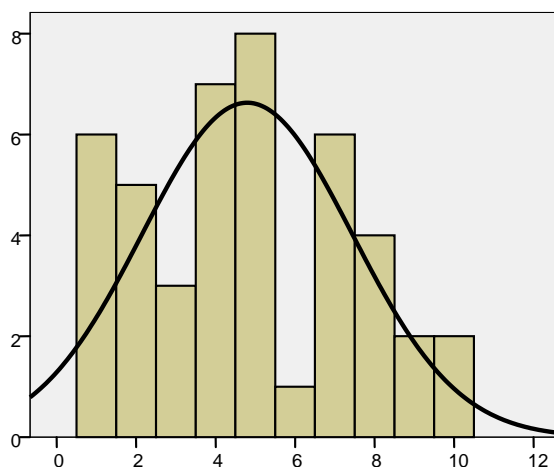


FIGURA 21 - DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL DO ESCORE TOTAL NA ESCALA ROS (AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)
FONTE: Dados da amostra (2006)

A distribuição dos participantes, que pode ser observada no histograma acima, bem como os valores que constam no Quadro 54, mostram que cerca de um terço dos escores totais (34%) concentrou-se entre as pontuações 4 e 5. Verifica-se, ainda que cerca de outro terço (32%) situa-se abaixo da média; ou seja, dois terços da amostra apresenta autoestima bastante rebaixada, e que somente a terça parte restante (34%) é que apresenta, de acordo com o instrumento utilizado, nível de autoestima que varia de regular a bom (escores entre 6 e 10):

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	6	13,6	13,6	13,6
2	5	11,4	11,4	25,0
3	3	6,8	6,8	31,8
4	7	15,9	15,9	47,7
5	8	18,2	18,2	65,9
6	1	2,3	2,3	68,2
7	6	13,6	13,6	81,8
8	4	9,1	9,1	90,9
9	2	4,5	4,5	95,5
10	2	4,5	4,5	100,0
Total	44	100,0	100,0	

QUADRO 54 - DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL COM RESPECTIVAS PERCENTAGENS DA ROS (AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)
FONTE: Dados da amostra (2006)

As correlações mais significativas encontradas entre os itens desta escala, unidimensional, são demonstradas no Quadro 55, que indicam relacionamento significativo positivo imperfeito entre as questões 1 e 2 (0,573); 2 e 4 (0,400), 2 e 6 (0,365); 3 e 4 (0,445), 3 e 9 (0,434); 3 e 10 (0,434); 4 e 5 (0,390), 4 e 6 (0,375); 4 e 9 (0,365); 5 e 8 (0,402); 6 e 7 (0,384); 6 e 9 (0,390); e entre 9 e 10 (0,389). Foram caracterizadas, assim, seis correlações moderadas e sete correlações fracas.

	ros_q1	ros_q2	ros_q3in	ros_q4	ros_q5in	ros_q6	ros_q7	ros_q8in	ros_q9in	ros_q10in
ros_q1	1,000									
ros_q2	0,573	1,000								
ros_q3in	0,208	0,243	1,000							
ros_q4	0,257	0,400	0,445	1,000						
ros_q5in	-0,072	-0,010	0,182	0,390	1,000					
ros_q6	0,114	0,365	0,244	0,375	0,059	1,000				
ros_q7	0,161	0,230	0,268	0,238	0,109	0,384	1,000			
ros_q8in	0,165	0,005	0,259	0,087	0,402	0,035	0,266	1,000		
ros_q9in	0,040	0,154	0,434	0,365	0,226	0,390	0,092	0,094	1,000	
ros_q10in	0,040	0,038	0,434	0,147	0,012	0,173	0,307	0,094	0,389	1,000

QUADRO 55 - MATRIZ DE CORRELAÇÕES ENTRE AS QUESTÕES DA ESCALA ROS (AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)
FONTE: Dados da amostra (2006)

Na primeira correlação, a mais importante de todas, o primeiro item (1) diz respeito à percepção do indivíduo quanto ao seu valor como pessoa; o segundo (2) considera as boas qualidades constituintes do mesmo. Esta correlação deixa claro o quanto a autoestima é diretamente proporcional à auto-valorização pelo julgamento das qualidades pessoais. Na segunda correlação, infere-se que exista associação entre a percepção do aluno quanto as suas qualidades e a crença de que sua produtividade é tão boa quanto a das outras pessoas. Na terceira correlação, também repete-se o item relacionado à valoração das qualidades do aluno por ele mesmo caminhando proporcionalmente ao sentimento positivo que tem (ou não) em relação a si próprio.

Na quarta correlação (itens 3 e 4), associa-se a percepção do aluno quanto às suas possibilidades de fracasso com sua percepção de capacidade (ou incapacidade) na realização de tarefas com sucesso. A quinta associação indica relação entre a mesma percepção de fracasso com o sentimento de

inutilidade vivenciado pelo aluno. Na sexta correlação indica-se também a sensação frequente do fracasso relacionada à consciência do aluno de que não é tão capaz como deveria ser.

Na sétima correlação (itens 4 e 5), associa-se a percepção do aluno de sua capacidade (ou incapacidade) de boa produtividade com a falta de motivos que o façam se orgulhar de si mesmo. A oitava relação indica associação entre os itens consciência da capacidade para produzir com qualidade e o sentimento positivo em relação a si mesmo. Na nona relação, infere-se associação entre o mesmo item referente à percepção da capacidade de fazer as coisas tão bem (ou não) quanto as outras pessoas com a sensação frequente de inutilidade.

Na décima correlação, associa-se a percepção da não existência de motivos que façam o aluno se orgulhar de si mesmo com a falta de respeito por si próprio. Na décima primeira correlação, o primeiro item (6) refere-se ao sentimento positivo do aluno em relação a si mesmo, enquanto o segundo (7) discorre sobre a satisfação consigo mesmo. As questões que versam sobre o sentimento positivo nutrido por si mesmo e sobre a satisfação que sente relacionada a isso covariam positivamente em magnitude e direção. A décima segunda relação indicada associa o sentimento positivo (ou não) que o aluno tem por si mesmo com o sentimento de inutilidade.

Na décima terceira (e última) correlação, o primeiro item (9) considera o sentimento de inutilidade do aluno; já o segundo (10) refere-se à valoração (ou não) de sua própria capacidade, mostrando que sentimentos negativos quanto a própria utilidade e a própria capacidade também caminham na mesma magnitude e direção.

4.2.4.1 Diferenças entre Gêneros na ROS

Pode-se visualizar no Quadro 56 que na escala Rosenberg de autoestima os meninos obtiveram uma média de 4,70 e as meninas de 4,88, levemente superior (diferença de 0,18). Percebe-se, de acordo com o Quadro 57, que não existe diferença significativa entre os gêneros.

gênero	Mean	N	Std. Deviation
masculino	4,70	20	3,080
feminino	4,88	24	2,290
Total	4,80	44	2,646

QUADRO 56 - MÉDIAS E DESVIOS-PADRÃO NA ESCALA ROS ENTRE GÊNEROS (AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)
 FONTE: Dados da amostra (2006)

	ROS-Escore total
Mann-Whitney U	222,000
Wilcoxon W	432,000
Z	-,428
Asymp. Sig. (2-tailed)	,669

QUADRO 57 - DIFERENÇAS ENTRE GÊNEROS NO ESCORE TOTAL DA ROS (AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)
 FONTE: Dados da amostra (2006)

4.2.5 Inventário de Crenças de Controle, Agência e Competência - Domínio Acadêmico (ICCAC)

O coeficiente *Alfa de Cronbach* mostrou-se igual a 0,625 para esta escala, constituída por 60 itens, com quatro possibilidades de resposta, valor que pode ser considerado baixo, considerando-se o grande número de questões da escala.

4.2.5.1 Dimensões do ICCAC

Os coeficientes de maior magnitude a serem considerados significativos na dimensão *Expectativa Geral de Controle* são extraídos do relacionamento dos seguintes itens: 7 e 17 (0,479); 7 e 46 (0,490), ambas correlações moderadas; 13 e 19 (0,340), fraca. Todas são indicadas no Quadro 58:

	iccac_q7in	iccac_q13	iccac_q17	iccac_q19	iccac_q46in	iccac_q55in
iccac_q7in	1,000					
iccac_q13	0,226	1,000				
iccac_q17	0,479	0,202	1,000			
iccac_q19	0,003	0,340	0,081	1,000		
iccac_q46in	0,490	0,199	0,213	0,111	1,000	
iccac_q55in	0,101	-0,119	0,027	-0,136	-0,152	1,000

QUADRO 58 - MATRIZ DE CORRELAÇÕES ENTRE AS QUESTÕES DA DIMENSÃO EXPECTATIVA GERAL DE CONTROLE (ICCAC/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)

FONTE: Dados da amostra (2006)

A primeira relação indica direção positiva entre o item grande esforço e dificuldade na aprendizagem de conteúdos difíceis e o item aprendizagem facilitada quando existe esforço por parte do aluno. Na segunda correlação, existe associação entre não entendimento dos conteúdos escolares por parte do aluno mesmo com grande esforço e a consciência de seu provável baixo desempenho em avaliações devido ao fato de não conseguir fazer algo para mudar a situação. A terceira sugere associação positiva entre a não credibilidade no próprio esforço para um bom desempenho e a aceitação disto como um fato definido, que não pode ser modificado.

O único coeficiente, de moderada magnitude, que pode ser considerado significativo na dimensão *Crenças de Agência/Esforço* foi extraído do relacionamento dos itens 1 e 14 (0,445), como se observa no Quadro 59. Correlaciona positivamente a atenção que se requer em sala de aula e nos estudos em geral e o bom desempenho.

	iccac_q1	iccac_q6in	iccac_q14	iccac_q16in	iccac_q32	iccac_q39in
iccac_q1	1,000					
iccac_q6in	0,184	1,000				
iccac_q14	0,445	0,039	1,000			
iccac_q16in	-0,108	-0,126	0,030	1,000		
iccac_q32	0,217	-0,121	-0,081	-0,216	1,000	
iccac_q39in	0,133	-0,099	0,023	0,124	0,004	1,000

QUADRO 59 - MATRIZ DE CORRELAÇÕES ENTRE AS QUESTÕES DA DIMENSÃO CRENÇAS DE AGÊNCIA/ESFORÇO (ICCAC/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)

FONTE: Dados da amostra (2006)

Os coeficientes de maior magnitude na dimensão *Crenças de Agência/Capacidade* que podem ser considerados significativos (sendo uma correlação fraca e outras cinco moderadas) são extraídos do relacionamento dos seguintes itens: 10 e 33 (0,315); 10 e 43 (0,422); 10 e 56 (0,491); 33 e 56 (0,491); 33 e 58 (0,547); 56 e 58 (0,479), conforme pode ser visualizado no Quadro 60:

	iccac_q10in	iccac_q33	iccac_q43in	iccac_q56in	iccac_q57	iccac_q58
iccac_q10in	1,000					
iccac_q33	0,315	1,000				
iccac_q43in	0,422	0,242	1,000			
iccac_q56in	0,491	0,437	0,228	1,000		
iccac_q57	-0,295	-0,058	-0,076	-0,151	1,000	0,139
iccac_q58	0,223	0,547	0,201	0,479	0,139	1,000

QUADRO 60 - MATRIZ DE CORRELAÇÕES ENTRE AS QUESTÕES DA DIMENSÃO CRENÇAS DE AGÊNCIA/CAPACIDADE (ICCAC/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)
FONTE: Dados da amostra (2006)

Nas três primeiras correlações citadas, o item 10 se refere à percepção de pouca inteligência por parte do aluno, como causa de seu baixo desempenho acadêmico, relacionando-se respectivamente à possibilidade (ou não) de resolver problemas (na disciplina de Matemática) e a quantidade de esforço dispendida; à crença de que não possui capacidade como motivo para não se esforçar, por pensar que não se sairá bem nas avaliações; à não habilidade na resolução de problemas (como os de Matemática), mesmo com muito esforço.

As duas próximas correlações citadas associam o item 33, correspondente à facilidade na resolução de problemas sem esforço, com a não habilidade na resolução dos mesmos problemas, mesmo com esforço; bem como com a não necessidade de esforço para alcançar sucesso nas provas.

A sexta e última correlação (itens 56 e 58) associam, em direção positiva, a dificuldade em conseguir um bom desempenho em provas, mesmo com esforço (como em Matemática) e a facilidade em conseguir o mesmo desempenho, sem esforço.

A dimensão *Crenças de Agência/Professor* também apresentou coeficientes de magnitude significativa, sendo duas destas correlações fracas e duas moderadas, extraídas da associação entre os seguintes itens: 3 e 20 (0,497); 5 e 51 (0,440); 49 e 51 (0,320); 49 e 52 (0,338), observáveis no Quadro 61:

	iccac_q3in	iccac_q5	iccac_q20	iccac_q49in	iccac_q51	iccac_q52in
iccac_q3in	1,000					
iccac_q5	0,210	1,000				
iccac_q20	0,497	0,266	1,000			
iccac_q49in	0,238	0,115	0,168	1,000		
iccac_q51	0,064	0,440	0,189	0,320	1,000	
iccac_q52in	0,283	0,138	0,121	0,338	0,108	1,000

QUADRO 61 - MATRIZ DE CORRELAÇÕES ENTRE AS QUESTÕES DA DIMENSÃO CRENÇAS DE AGÊNCIA/PROFESSOR (ICCAC/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)
FONTE: Dados da amostra (2006)

A primeira correlação sugere direção proporcional entre o item que discorre sobre a percepção de que o professor se sinta desgostoso em relação ao aluno e o item que indica o contrário. A segunda correlação indica associação entre a ajuda recebida pelo aluno por parte do professor para sua melhoria na escola e a percepção de que o aluno pode contar com este auxílio sempre que precisar. Na terceira correlação, é indicada associação entre a mesma ajuda do professor, dirigida ao aluno, e a dificuldade de conseguir auxílio quando necessário. A quarta correlação sugere associação positiva entre a mesma dificuldade de auxílio por parte docente e a falta de orientação do professor para que o aluno melhore na escola.

Os coeficientes de maior magnitude na dimensão *Crenças de Agência/Sorte*, sendo cinco destas correlações fracas e seis moderadas, que podem ser considerados significativos são extraídos do relacionamento dos seguintes itens: 8 e 34 (0,447); 8 e 42 (0,365); 8 e 45 (-0,376); 8 e 50 (-0,354); 18 e 42 (0,320); 18 e 45 (-0,306); 34 e 42 (-0,558); 34 e 45 (0,669); 42 e 45 (-0,562); 54 e 50 (-0,577); 45 e 50 (0,659), são apresentadas no Quadro 62:

	iccac_q8in	iccac_q18in	iccac_q34	iccac_q42in	iccac_q45	iccac_q50
iccac_q8in	1,000					
iccac_q18in	0,447	1,000				
iccac_q34	-0,290	-0,217	1,000			
iccac_q42in	0,365	0,320	-0,558	1,000		
iccac_q45	-0,376	-0,306	0,669	-0,562	1,000	
iccac_q50	-0,354	-0,166	0,427	-0,577	0,659	1,000

QUADRO 62 - MATRIZ DE CORRELAÇÕES ENTRE AS QUESTÕES DA DIMENSÃO CRENÇAS DE AGÊNCIA/SORTE (ICCAC/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)

FONTE: Dados da amostra (2006)

A primeira correlação indica associação entre a percepção de ter errado a resposta a uma pergunta do professor por conta do azar e a percepção de ser uma pessoa sortuda por ter acertado na mesma situação. A segunda correlação indica associação entre o mesmo item relativo ao papel do azar no ato de responder erroneamente às indagações docentes e a influência do azar em suas dificuldades de aprendizado. A terceira correlação também associa o papel do azar nas respostas incorretas às perguntas do professor, mas, agora, inversamente à percepção da influência da sorte como causa para o seu sucesso nas avaliações. A quarta associação indica relação negativa entre o suposto azar nas respostas incorretas dadas pelo aluno ao professor e o papel da sorte quando consegue aprender alguma coisa facilmente.

A quinta associação (itens 18 e 42) relaciona positivamente a percepção do azar como causa para o seu eventual baixo desempenho nas avaliações e a crença de que o azar também atua como causa quando sente dificuldade em aprender algo. A sexta associação indica relação negativa entre a crença de que o azar seja uma importante causa quando apresenta um desempenho ruim nas provas e de que, inversamente, a sorte atue como causa para que o aluno alcance notas boas nas avaliações.

A sétima correlação (itens 34 e 42) indica associação negativa entre o papel da sorte nos acertos às perguntas feitas pelo docente e o papel do azar em suas eventuais dificuldades na aprendizagem. A oitava correlação indica associação positiva entre a crença na sorte como causa para os acertos às perguntas docentes e, também, como causa do bom desempenho do aluno nas avaliações escolares.

Na nona correlação (itens 42 e 45) indica-se associação negativa entre o azar visto como causa para as eventuais dificuldades na aprendizagem e a sorte percebida como causa para o seu bom desempenho nas provas. A décima relação associa negativamente a realização das provas com grande atenção como causa para o bom desempenho e a sorte como causa de uma aprendizagem sem dificuldades. Finalmente a décima primeira correlação associa positivamente a percepção da sorte como causa para o aluno conseguir boas notas e da sorte como causa quando aprende algo com facilidade.

Na dimensão *Crenças sobre as Relações Meios-fins/Esforço* os coeficientes de maior magnitude que podem ser considerados significativos são extraídos do relacionamento dos seguintes itens: 24 e 28 (0,405); 24 e 31 (0,554); 24 e 54 (0,369); 28 e 31 (0,404); 31 e 54 (0,449). Verifica-se que se trata de uma correlação baixa e quatro moderadas, como aparece no Quadro 63:

	iccac_q23	iccac_q24	iccac_q28	iccac_q31	iccac_q37	iccac_q54
iccac_q23	1,000					
iccac_q24	0,242	1,000				
iccac_q28	0,114	0,405	1,000			
iccac_q31	0,278	0,554	0,404	1,000		
iccac_q37	0,074	0,013	0,046	0,056	1,000	
iccac_q54	0,068	0,369	0,151	0,449	0,162	1,000

QUADRO 63 - MATRIZ DE CORRELAÇÕES ENTRE AS QUESTÕES DA DIMENSÃO CRENÇAS SOBRE AS RELAÇÕES ENTRE MEIOS-FINS/ESFORÇO (ICCAC/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)
FONTE: Dados da amostra (2006)

As três primeiras correlações indicam associação entre a crença no papel do esforço como estratégia para um bom desempenho em disciplinas difíceis e, respectivamente: a falta de atenção adequada às aulas resultando em não-entendimento por parte do aluno das explicações docentes; a atenção concentrada resultando em entendimento das mesmas explicações; a atenção concentrada nas aulas propiciando em bom desempenho nas provas.

A quarta correlação indica associação entre o item relativo à falta de atenção nas aulas e o consequente não entendimento do assunto explicado

pelo professor e o item que versa sobre o entendimento adequado das explicações do professor como resultado da atenção dedicada ao assunto. A quinta associação indica relação positiva entre a atenção adequada resultando em bom entendimento do assunto explicado pelo docente e atenção adequada resultando em bom desempenho em avaliações.

Na dimensão *Crenças sobre as Relações Meios-fins/Capacidade* os coeficientes de maior magnitude, considerados significativos, são extraídos do relacionamento dos seguintes itens: 4 e 9 (0,311); 4 e 26 (0,300); 4 e 27 (0,410); 9 e 21 (0,480); 9 e 25 (0,601); 21 e 25 (0,461); 26 e 27 (0,666). Duas das mencionadas correlações mostram-se fracas e cinco moderadas, as quais podem ser observadas no Quadro 64:

	iccac_q4	iccac_q9	iccac_q21	iccac_q25	iccac_q26	iccac_q27
iccac_q4	1,000					
iccac_q9	0,311	1,000				
iccac_q21	0,094	0,480	1,000			
iccac_q25	0,181	0,601	0,461	1,000		
iccac_q26	0,300	0,086	0,077	0,057	1,000	
iccac_q27	0,410	0,249	0,246	0,236	0,666	1,000

QUADRO 64 - MATRIZ DE CORRELAÇÕES ENTRE AS QUESTÕES DA DIMENSÃO CRENÇAS SOBRE AS RELAÇÕES ENTRE MEIOS-FINS/CAPACIDADE (ICCAC/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)

FONTE: Dados da amostra (2006)

As três primeiras correlações sugerem associação entre a percepção da inteligência como meio que possibilita a rápida compreensão do assunto exposto pelo professor e, respectivamente: a “pouca inteligência” resultando na lentidão em compreender a explicação docente; o papel da inteligência no bom desempenho geral na escola; a inteligência proporcionando que o aluno acerte questionamentos direcionados pelo professor.

A quarta correlação (itens 9 e 21) indica associação entre a suposta “falta de inteligência” quando um aluno mostra-se lento na compreensão do conteúdo explicado pelo professor e a insuficiente capacidade do aluno fazendo com que este não vá bem na escola. A quinta correlação indica associação entre a inteligência mediando eventuais dificuldades no

entendimento dos assuntos e a “falta de inteligência” motivando erros nas respostas aos questionamentos feitos pelo professor.

Na sexta correlação associa-se a eventual insuficiência na capacidade intelectual como preditora de um mau desempenho na escola e a “falta de inteligência” ocasionando erros nas respostas dadas pelo aluno ao docente. Na sétima correlação indica-se associação entre a crença no papel da inteligência como mediadora do sucesso acadêmico do aluno e a inteligência como motivo para que os alunos acertem às perguntas feitas pelo professor.

Para a dimensão *Crenças sobre as Relações Meios-fins/Professor* os coeficientes de maior magnitude, sendo três destas correlações fracas e seis moderadas, que podem ser considerados significativos são extraídos do relacionamento dos seguintes itens: 22 e 41 (0,308); 22 e 47 (0,301); 35 e 41 (0,317); 38 e 41 (0,464); 38 e 44 (0,446); 38 e 47 (0,436); 41 e 44 (0,532); 41 e 47 (0,542); 44 e 47 (0,419), sendo possíveis de serem visualizadas no Quadro 65:

	iccac_q22	iccac_q35	iccac_q38	iccac_q41	iccac_q44	iccac_q47
iccac_q22	1,000					
iccac_q35	0,151	1,000				
iccac_q38	0,186	0,197	1,000			
iccac_q41	0,308	0,317	0,464	1,000		
iccac_q44	0,263	-0,047	0,446	0,532	1,000	
iccac_q47	0,301	0,116	0,436	0,542	0,419	1,000

QUADRO 65 - MATRIZ DE CORRELAÇÕES ENTRE AS QUESTÕES DA DIMENSÃO CRENÇAS SOBRE AS RELAÇÕES ENTRE MEIOS-FINS/PROFESSOR (ICCAC/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)
FONTE: Dados da amostra (2006)

As duas primeiras correlações indicam associação positiva entre o item referente à responsabilidade do professor pelo não rendimento do aluno na escola e, respectivamente: o bom desempenho nas provas motivado pelo bom relacionamento do aluno com o professor; e a falta de auxílio do professor como fonte importante dos problemas escolares do aluno.

A terceira correlação (itens 35 e 41) indica associação positiva entre o auxílio especial do professor como condição para que o aluno tenha um bom desempenho escolar e o bom relacionamento deste com seus professores

como elemento motivador para o bom desempenho nas avaliações. Na quarta correlação, a influência do professor no bom desempenho do aluno associa-se ao bom relacionamento entre aluno e professor, como situação desencadeadora de bons desempenhos e boas notas. A quinta correlação, inversamente, associa o item relativo à influência do professor com o item que descreve um mau relacionamento entre aluno e professor como situação desencadeadora do mau desempenho do aluno na escola. Na sexta correlação também associa-se o item relativo à influência do professor com a questão da falta de auxílio deste e a vivência de problemas por parte do aluno na escola.

A sétima correlação associa o bom relacionamento com os professores como meio para a obtenção de um bom desempenho acadêmico com o seu espelhamento, isto é, o mau relacionamento com os professores convergindo para o mau desempenho acadêmico. A oitava correlação associa o relacionamento adequado com os professores motivando bom desempenho escolar com a questão da precariedade do auxílio docente como em grande medida responsável pela existência de problemas do aluno na escola. E a nona correlação, finalmente, associa o mau relacionamento com o professor mediando o baixo rendimento escolar novamente com o item relativo à falta de auxílio docente como condição para que o aluno tenha problemas na escola.

Todos os coeficientes extraídos do relacionamento dos itens da dimensão *Crenças sobre as Relações Meios-fins/Sorte* podem ser considerados significativos, sendo quatro fracos, dez moderados e um forte: 2 e 11 (0,588); 2 e 15 (0,465); 2 e 36 (0,429); 2 e 48 (0,409); 2 e 53 (0,320); 11 e 15 (0,483); 11 e 36 (0,322); 11 e 48 (0,374); 11 e 53 (0,360); 15 e 36 (0,481); 15 e 48 (0,492); 15 e 53 (0,512); 36 e 48 (0,491); 36 e 53 (0,472); 48 e 53 (0,707), podendo ser observados no Quadro 66:

	iccac_q2	iccac_q11	iccac_q15	iccac_q36	iccac_q48	iccac_q53
iccac_q2	1,000					
iccac_q11	0,588	1,000				
iccac_q15	0,465	0,483	1,000			
iccac_q36	0,429	0,322	0,481	1,000		
iccac_q48	0,409	0,374	0,492	0,491	1,000	
iccac_q53	0,320	0,360	0,512	0,472	0,707	1,000

QUADRO 66 - MATRIZ DE CORRELAÇÕES ENTRE AS QUESTÕES DA DIMENSÃO CRENÇAS SOBRE AS RELAÇÕES ENTRE MEIOS-FINS/SORTE (ICCAC/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)
 FONTE: Dados da amostra (2006)

As cinco primeiras correlações associam o item sorte como mediadora da facilidade na aprendizagem, respectivamente: à falta de sorte como fator determinante para que o aluno tenha baixo desempenho na escola; à falta de sorte como causadora de eventuais dificuldades na aprendizagem; à sorte como estratégia para se ter boas notas; à sorte como responsável pelo acerto do aluno aos questionamentos do professor; ao azar como fator atuante nas situações em que o aluno erra nas respostas aos questionamentos levantados pelo docente.

As sexta, sétima, oitava e nona correlações associam a crença da falta de sorte como determinante para o baixo rendimento e as más notas, respectivamente: com a falta de sorte e sua influência nas atividades de aprendizagem; com a sorte e seu papel na aquisição de boas notas; com a sorte que supostamente conduz às respostas corretas aos questionamentos dos docentes; com o azar que conduz ao erro nas respostas aos questionamentos do professor.

As décima, décima primeira e décima segunda correlações indicam associação entre a falta de sorte como mediadora das dificuldades na aprendizagem e, respectivamente: a sorte como condição para que se atinja notas boas; a sorte que supostamente conduz às respostas corretas aos questionamentos dos docentes; ao azar que conduz ao erro nas respostas aos questionamentos do professor.

A décima terceira correlação (itens 36 e 48) associa o quesito sorte para que se tire boas notas e a sorte como fator determinante para o acerto às questões feitas pelo professor. A décima quarta correlação associa o mesmo item referente à sorte para que se tire boas notas com a questão do azar que

supostamente leva o aluno a cometer erros ao responder às questões feitas pelo professor. A última correlação citada associa novamente o item sorte quando o aluno acerta às questões feitas pelo docente ao item azar que o leva a errar as respostas às questões feitas pelo professor.

Os coeficientes de maior magnitude na dimensão *Crenças sobre as Relações Meios-fins/Fatores Desconhecidos*, sendo quatro dentre as correlações consideradas baixas e seis moderadas, e que podem ser consideradas significativas são extraídas do relacionamento dos seguintes itens: 12 e 29 (0,426); 12 e 30 (0,420); 12 e 59 (0,343); 29 e 40 (0,358); 29 e 59 (0,439); 29 e 60 (0,424); 30 e 40 (0,401); 40 e 59 (0,418); 40 e 60 (0,325); 59 e 60 (0,328), e encontram-se apresentadas no Quadro 67, abaixo:

	iccac_q12	iccac_q29	iccac_q30	iccac_q40	iccac_q59	iccac_q60
iccac_q12	1,000					
iccac_q29	0,426	1,000				
iccac_q30	0,420	0,246	1,000			
iccac_q40	0,229	0,358	0,401	1,000		
iccac_q59	0,343	0,439	0,143	0,418	1,000	
iccac_q60	0,139	0,424	0,208	0,325	0,328	1,000

QUADRO 67 - MATRIZ DE CORRELAÇÕES ENTRE AS QUESTÕES DA DIMENSÃO CRENÇAS SOBRE AS RELAÇÕES ENTRE MEIOS-FINS/FATORES DESCONHECIDOS (ICCAC/AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)
FONTE: Dados da amostra (2006)

As três primeiras correlações associam a dificuldade de entendimento dos motivos pelos quais um aluno acerta uma pergunta complicada feita pelo professor, respectivamente, com os seguintes itens: dificuldade em se saber a razão pela qual um aluno alcança boas notas na escola; dificuldade no entendimento dos motivos pelos quais um aluno eventualmente tem baixo rendimento acadêmico em matérias que frequentemente apresenta bom desempenho; dificuldade no entendimento dos motivos pelos quais um aluno erra quando o professor lhe questiona.

As quarta, quinta e sexta correlações indicam associação positiva entre a dificuldade de conhecimento das razões pelas quais um aluno consegue boas notas na escola, respectivamente, com os itens: dificuldade de entendimentos dos motivos que levam um aluno a acertar todas as questões

em provas de matemática; dificuldade do aluno em conseguir auxílio do professor quando precisa; dificuldade de compreensão dos motivos pelos quais um aluno erra muitas questões em uma determinada prova.

Na sétima correlação (itens 30 e 40) sugere-se associação positiva entre a dificuldade de entendimento dos motivos pelos quais um aluno eventualmente tem baixo desempenho em matérias que, com frequência, apresenta bom desempenho e a questão relacionada à dificuldade de entendimento dos motivos pelos quais um aluno acerta muitas questões em uma avaliação de matemática.

Nas oitava e nona correlações associa-se o item dificuldade em se saber os motivos pelos quais um aluno tem grande número de acertos em uma prova de matemática, respectivamente, com os itens: dificuldade de entendimento dos motivos pelos quais alguém erra quando o professor lhe dirige um questão; e com a dificuldade em saber as razões pelas quais um aluno erra muitas questões em uma avaliação. Na última correlação, associa-se o item dificuldade no entendimento dos motivos pelos quais um aluno erra quando o professor lhe questiona e o item dificuldade no entendimento da razão pela qual um aluno erra muitas questões em um teste.

Finalmente, o Quadro 68 demonstra os coeficientes de *Spearman* extraídos pela matriz de correlações entre as dez dimensões do ICCAC, entre si. Verificam-se nove valores de correlação baixos e quatro moderados: dimensão Expectativa Geral de Controle correlacionada positivamente com as dimensões Crenças de Agência/Esforço (0,493), positivamente com Crenças de Agência/Capacidade (0,635), negativamente com Crenças sobre as Relações entre Meios-fins/Capacidade (-0,390) e negativamente com Crenças sobre as Relações entre Meios-fins/Fatores Desconhecidos (-0,439); dimensão Crenças de Agência/Esforço correlacionada positivamente com Crenças de Agência/Capacidade (0,353), positivamente com Crenças de Agência/Professor (0,320); dimensão Crenças de Agência/Professor correlacionada positivamente com a dimensão Crenças sobre Relações entre Meios-fins/Esforço (0,337), negativamente com a dimensão Crenças sobre Relações entre Meios-fins/Professor (-0,427); dimensão Crenças de Agência/Esforço correlacionada positivamente com a dimensão Crenças sobre as Relações entre Meios-

fins/Fatores Desconhecidos (0,348); dimensão Crenças sobre Relações entre Meios-fins/Esforço correlacionada negativamente com a dimensão Crenças sobre Relações entre Meios-fins/Professor (-0,326); dimensão Crenças sobre Relações entre Meios-fins/Capacidade correlacionada positivamente com a dimensão Crenças sobre Relações entre Meios-fins/Professor (0,385); dimensão Crenças sobre Relações entre Meios-fins/Professor correlacionada positivamente com a dimensão Crenças sobre as Relações entre Meios-fins/Fatores Desconhecidos (0,304); dimensão Crenças sobre Relações entre Meios-fins correlacionada positivamente com a dimensão Crenças sobre as Relações entre Meios-fins/Fatores Desconhecidos (0,352):

	iccac_exp_ ger_cont	iccac_c_ ag_esf	iccac_c_ ag_cap	iccac_c_ ag_prof	iccac_c_ ag_sor	iccac_c_ rel_mf_esf	iccac_c_ rel_mf_cap	iccac_c_ rel_mf_prof	iccac_c_ rel_mf_sor	iccac_ fat_desc
iccac_exp_ger_cont	1,000									
iccac_c_ag_esf	0,493	1,000								
iccac_c_ag_cap	0,635	0,353	1,000							
iccac_c_ag_prof	0,189	0,320	0,160	1,000						
iccac_c_ag_sor	-0,193	-0,057	-0,153	-0,049	1,000					
iccac_c_rel_mf_esf	0,009	0,088	-0,069	0,337	0,145	1,000				
iccac_c_rel_mf_cap	-0,390	-0,245	-0,261	-0,204	0,174	0,068	1,000			
iccac_c_rel_mf_prof	-0,282	-0,281	-0,083	-0,427	0,232	-0,326	0,385	1,000		
iccac_c_rel_mf_sor	-0,104	-0,011	0,095	-0,095	0,229	-0,111	0,284	0,248	1,000	
iccac_fat_desc	-0,439	-0,272	-0,127	0,055	0,348	0,118	0,262	0,304	0,352	1,000

QUADRO 68 - MATRIZ DE CORRELAÇÕES ENTRE AS DIMENSÕES DO ICCAC (AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)

FONTE: Dados da amostra (2006)

Com a finalidade de demonstrar as médias por dimensão obtidas pelo grupo de crianças e adolescentes que fizeram parte do estudo no ICCAC optou-se pelo gráfico denominado *Box Plot*. O diagrama de Box Plot agrega os valores mínimo e máximo do conjunto de dados, em cada variável estudada, em uma caixa (*box*), excluídos os valores atípicos (chamados *outliers*, que são valores extremamente altos ou baixos) representados por pontos numerados fora das caixas. A referência para os valores apresentados é a média atingida por cada estudante da amostra nas dimensões do ICCAC, cujos valores variam entre 1 e 4, conforme a escala mostrada no eixo vertical do gráfico. Nos casos apresentados no gráfico a seguir observa-se a ocorrência de valores atípicos que fogem substancialmente do intervalo (valores condensados entre o mínimo e máximo) representado por algumas caixas.

Assim sendo, a distribuição das médias por dimensão é demonstrada no Gráfico 22:

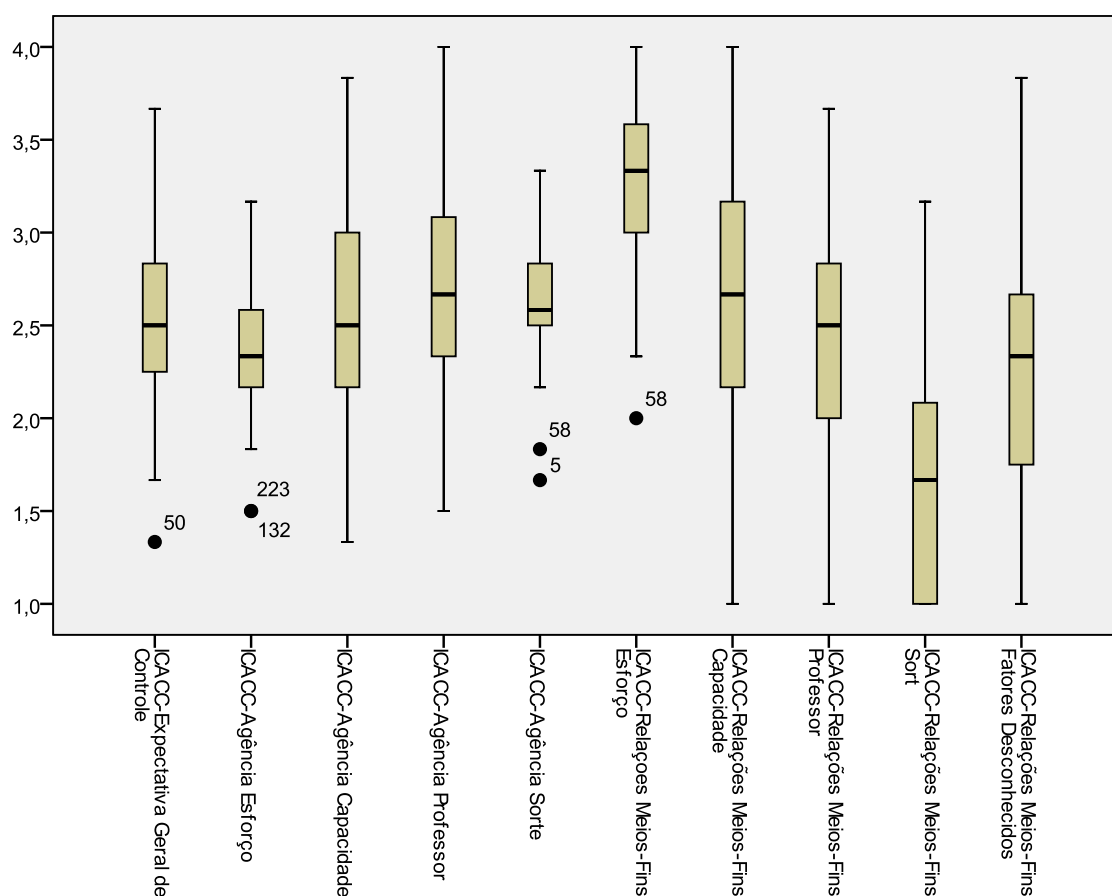


FIGURA 22 - DISTRIBUIÇÃO FREQUENCIAL DAS MÉDIAS DAS DIMENSÕES DO ICCAC (AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)
 FONTE: Dados da amostra (2006)

A menor média obtida pelo grupo é indicada pela dimensão Relações Meios-Fins Sorte e as maiores médias são indicadas pelas dimensões Relações Meios-Fins Esforço, Relações Meios-Fins Capacidade e Agência Professor. Considerando-se tais resultados, tomados de maneira global (do grupo como um todo, sem o estudo detalhado dos indivíduos *outliers*), observou-se que estes se aproximam do perfil demonstrado por amostras de estudantes de vários lugares do mundo onde o ICCAC já foi aplicado, perfil este defendido como ideal por Skinner (1985), pois demonstra um contraponto sensato entre a crença do aluno em suas próprias habilidades e em sua capacidade de se esforçar, assim como no professor como um agente ativo para a conquista do sucesso acadêmico, em detrimento das crenças relativas à sorte ou ao azar como meios determinantes para este fim. Observa-se que o viés da presente amostra – tratar-se de estudantes com indicadores de sintomatologia depressiva – não alterou este perfil de resultados, comum entre os estudos realizados com o presente instrumento.

4.2.5.2 Diferenças entre Gêneros no ICCAC

Buscando-se detalhar alguns aspectos do estudo referente às crenças de controle dos alunos pesquisados, é possível perceber que o perfil apresentado pelos estudantes do sexo masculino e do feminino não difere substancialmente, sendo perceptíveis poucas diferenças, como mostram os Gráficos 23 e 24:

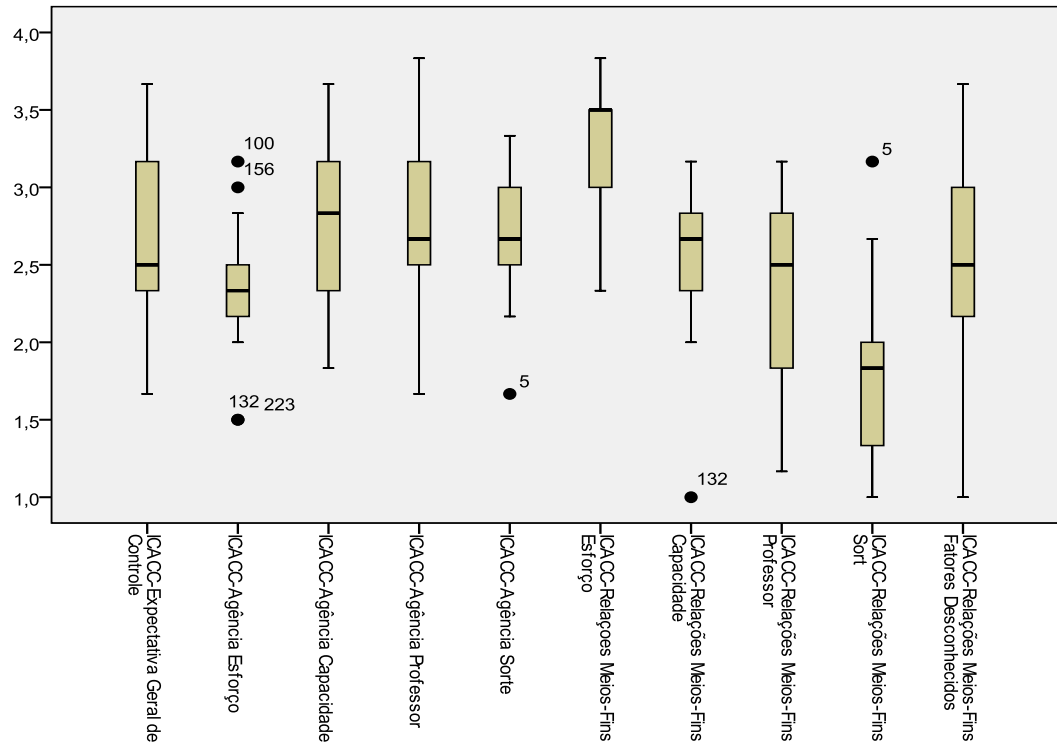


FIGURA 23 - MÉDIAS DO GÊNERO MASCULINO NAS DIMENSÕES DO ICCAC (AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA)
FONTE: Dados da amostra (2006)

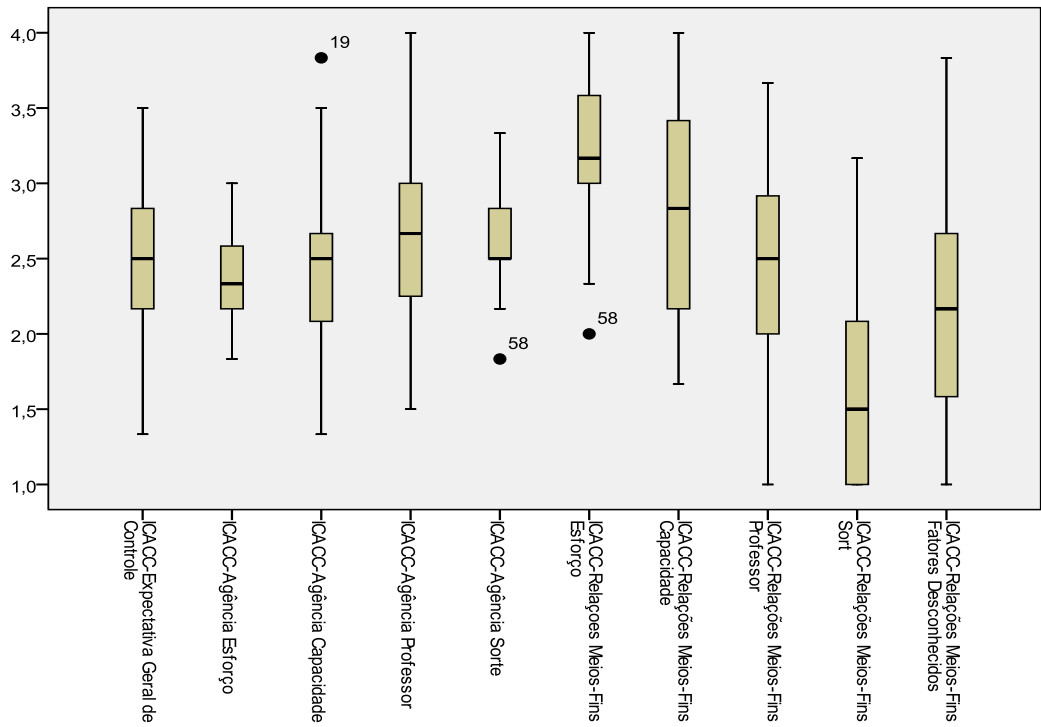


FIGURA 24 - MÉDIAS DO GÊNERO FEMININO NAS DIMENSÕES DO ICCAC (AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA)
FONTE: Dados da amostra (2006)

Considerando-se as dimensões separadamente no ICCAC, com o auxílio dos diagramas de *box plot* é possível perceber as médias que mais diferem entre si, tendo em vista os gêneros: Expectativa Geral de Controle, Crenças de Agência/Capacidade e Crenças sobre as Relações Meios-fins/Capacidade. Nas duas primeiras dimensões citadas os meninos obtiveram médias maiores, enquanto na terceira dimensão as meninas se sobressaíram.

Quanto às evidências estatísticas destas diferenças, o *t-Test* indicou p-valores com coeficientes significativos para as diferenças entre gêneros somente na dimensão das Crenças de Agência/Capacidade ($p=0,028$; $p=0,026$, assumindo variâncias respectivamente assumidas e não assumidas), e diferença tendencial na dimensão da Expectativa Geral de Controle ($0,072$; $0,082$, assumindo variâncias respectivamente assumidas e não assumidas). Vale ressaltar o valor encontrado pelo teste de Levine para igualdade das variâncias para a dimensão das Crenças sobre as Relações Meios-fins/Capacidade ($F=10,246$; $p=0,002$), conforme demonstrado no Quadro 69:

	Levene's Test for Eq. of Var.		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-t)	Mean Dif.	St. Er. Dif.	95% Conf. Int. of the Dif.	
								Lower	Upper
ICCAC-Expectativa Geral de Controle	1,507	,225	1,833	55	,072	1,581	,862	-,147	3,308
			1,785	40,940	,082	1,581	,885	-,207	3,368
ICCAC-Crenças de Agência/Esforço	,790	,378	-,936	55	,354	-,549	,587	-1,726	,627
			-,927	43,436	,359	-,549	,593	-1,744	,645
ICCAC-Crenças de Agência/Capacidade	,001	,980	2,252	55	,028	2,127	,944	,235	4,020
			2,298	47,697	,026	2,127	,926	,266	3,989
ICCAC-Crenças de Agência/Professor	,123	,727	,604	55	,548	,591	,978	-1,370	2,552
			,616	47,659	,541	,591	,959	-1,338	2,520
ICCAC-Crenças de Agência/Sorte	,820	,369	,436	55	,664	,262	,601	-,943	1,468
			,419	38,936	,678	,262	,626	-1,005	1,530
ICCAC-Crenças sobre as Relações Meios-fins/Esforço	,002	,967	,123	55	,903	,087	,707	-1,330	1,504
			,123	44,761	,903	,087	,707	-1,337	1,511
ICCAC-Crenças sobre as Relações Meios-fins/Capacidade	10,246	,002	-1,143	55	,258	-1,196	1,046	-3,293	,901
			-1,260	54,957	,213	-1,196	,950	-3,099	,707
ICCAC-Crenças sobre as Relações Meios-fins/Professor	,086	,770	-,518	55	,606	-,543	1,047	-2,641	1,556
			-,532	48,604	,597	-,543	1,020	-2,592	1,506
ICCAC-Crenças sobre as Relações Meios-fins/Sorte	,428	,516	,594	55	,555	,631	1,062	-1,497	2,760
			,602	46,727	,550	,631	1,048	-1,477	2,740
ICCAC-Fatores Desconhecidos	,478	,492	1,360	55	,179	1,544	1,136	-,732	3,820
			1,396	48,552	,169	1,544	1,106	-,679	3,767

QUADRO 69 - DIFERENÇAS ENTRE GÊNEROS NAS DIMENSÕES DO ICCAC (AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)
 FONTE: Dados da amostra (2006)

4.3 CORRELAÇÕES ENTRE OS INSTRUMENTOS

O Quadro 70, por sua vez, refere-se à matriz correlacional envolvendo todos os instrumentos aplicados (no CDI, na PH e na ROS são considerados os escores totais obtidos em cada escala e no ICCAC são considerados os escores por dimensão, uma vez que neste inventário não existe um escore geral). Pode-se visualizar os coeficientes ρ de *Spearman* para estas correlações, tendo sido destacados aqueles que apresentam nível de significância (* para $p < 0,05$ e ** para $p < 0,01$):

	CDI Esc.tot.	PH Esc.tot.	ROS Esc.tot.	ICCAC Exp.Ger. Cont.	ICCAC Ag.Esf.	ICCAC Ag.Cap.	ICCAC Ag.Prof.	ICCAC Ag.Sor.	ICCAC Rel.M.F. Esf.	ICCAC Rel.M.F. Cap.	ICCAC Rel.M.F. Prof.	ICCAC Rel.M.F. Sor.	ICCAC Rel.M.F. Fat.Desc.
CDI Esc.tot.	1,000	-0,369**	-0,320*	-0,081	-0,148	-0,281*	-0,349**	-0,354**	-0,081	0,234	-0,044	-0,075	0,030
PH Esc.tot.		1,000	0,823**	0,287*	0,206	0,415**	0,406**	0,022	0,107	-0,293*	-0,255	0,055	-0,134
ROS Esc.tot.			1,000	0,227	0,225	0,360**	0,353**	-0,035	0,120	-0,093	-0,175	0,025	-0,172
ICCAC Exp.Ger.Cont.				1,000	0,494**	0,618**	0,169	-0,158	-0,008	-0,395**	-0,289*	-0,069	-0,429**
ICCAC Ag.Esf.					1,000	0,395**	0,341*	-0,205	-0,020	-0,255	-0,345**	0,072	-0,260
ICCAC Ag.Cap.						1,000	0,138	-0,117	-0,089	-0,262	-0,083	0,132	-0,109
ICCAC Ag.Prof.							1,000	-0,025	0,324*	-0,197	-0,428**	-0,076	0,067
ICCAC Ag.Sor.								1,000	0,164	0,174	0,244	0,204	0,339*
ICCAC Rel.M.F.Esf.									1,000	0,078	-0,328*	-0,102	0,132
ICCAC Rel.M.F.Cap.										1,000	0,386**	0,279*	0,261
ICCAC Rel.M.F.Prof.											1,000	0,254	0,305*
ICCAC Rel.M.F.Sor.												1,000	0,339*
ICCAC Rel.M.F.Fat.Desc.													1,000

QUADRO 70 – MATRIZ DE CORRELAÇÕES ENTRE OS INSTRUMENTOS APLICADOS (AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)

FONTE: Dados da amostra (2006)

Observa-se que os resultados do Inventário de Sintomatologia Depressiva (CDI) covariam com os resultados da Escala Piers-Harris de Autoconceito (PH), cuja direção e magnitude correlacionais são expressas de maneira negativa (coeficiente ρ de *Spearman* = - 0,369), no entanto, bastante significativo. Tal correlação sugere que, quanto maior e melhor o autoconceito do aluno, menor a possibilidade do mesmo apresentar indicadores depressivos. Covariam, também de forma proporcionalmente inversa (-0,320), os resultados do CDI e da Escala Rosenberg de Autoestima (ROS), sugerindo igualmente que, quanto maior e melhor a autoestima do aluno, menor a possibilidade do mesmo apresentar indicadores depressivos.

O CDI foi correlacionado significativamente, mas em moderada intensidade com o Inventário de Crenças de Controle, Agência e Competência – Domínio Acadêmico (ICCAC) em três de suas dimensões: Agência Capacidade (-0,281), Agência Professor (-0,349) e Agência Sorte (-0,349). Supostamente, quanto maiores as crenças relacionadas às potencialidades do aluno de ser um agente de transformações positivas, assim como considerar estratégias saudáveis para conquistar produtos satisfatórios, menor a sugestão de sintomatologia depressiva.

As escalas Piers-Harris de Autoconceito e Rosenberg, e o Inventário de Crenças de Controle, Agência e Competência (Domínio Acadêmico), que se referem ao conjunto denominado crenças autorreferenciadas, cuja construção é concomitante à ação dos mecanismos autorreguladores, obtiveram entre si correlações positivas e negativas, porém somente uma de alta magnitude. Refere-se ao relacionamento entre PH e ROS (0,823), sugerindo uma forte interdependência entre tais constructos; pode-se supor, assim, que quanto mais positivo o autoconceito, mais positiva a autoestima, construindo um tipo de relação que, a julgar pelo nível de significância obtido ($p=0,01$), tende a se repetir em outras amostras.

Mostram-se ainda relacionadas a qualidade das crenças dos alunos em si mesmos quanto à sua capacidade de resolução de problemas acadêmicos, assim como também a crença deles no apoio, orientação e confiança que recebe do professor (PH e ICCAC/Agência Capacidade = 0,415; ROS e ICCAC/Agência Capacidade = 0,360; PH e ICCAC/Agência Professor = 0,406; ROS e ICCAC/Agência Professor = 0,353). Em contrapartida, foram obtidas algumas correlações negativas, de magnitudes variando entre fracas e moderadas, que se referem às dimensões do ICCAC relativas às Relações Meios-Fins, como as

seguintes: ICCAC/Relações Meios-Fins Capacidade e PH = -0,293; ICCAC/Relações Meios-Fins Capacidade e ICCAC/Expectativa Geral de Controle = -0,395; ICCAC/Relações Meios-Fins Professor e ICCAC/Expectativa Geral de Controle = -0,289; ICCAC/Relações Meios-Fins Professor e ICCAC/Agência Esforço = -0,345; ICCAC/Relações Meios-Fins Professor e ICCAC/Agência Professor = -0,428; ICCAC/Relações Meios-Fins Fatores Desconhecidos e ICCAC/Expectativa Geral de Controle = -0,429). Possivelmente tais discrepâncias indiquem que algumas das crenças relativas aos meios pelos quais os alunos em geral conseguem bons desempenhos na área acadêmica não se encontrem em completa consonância com as crenças que fazem referência ao potencial executivo destes estudantes em particular; ou seja, os alunos deste grupo com indicadores de sintomatologia depressiva podem estar sentindo dificuldades em confiar em suas próprias capacidade de atuar na realidade, mesmo que acreditem que conheçam quais são as melhores estratégias de lidar com ela.

O Quadro 71, abaixo, representa as mais importantes correlações encontradas, considerando-se as variáveis gerais que os instrumentos utilizados se propõem a medir:

Crenças Autorreferenciadas + \Leftrightarrow - Depressão
Autoestima + \Leftrightarrow + Autoconceito
Crenças Meios-Fins Domínio Acadêmico + \Leftrightarrow - Média Matemática
Média Matemática + \Leftrightarrow + Média Português

QUADRO 71 - CORRELAÇÕES SIGNIFICATIVAS DESCRITAS (AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)
 FONTE: Dados da amostra (2006)

Em termos de magnitude e direção das correlações, o Quadro 72 apresenta em ordem decrescente e sintetizada, os valores ρ de *Spearman* dos relacionamentos mais significativos demonstrados nos Quadros 70 e 71:

Variáveis	ρ	Direção
PH - ROS	0,823	positiva
Portug. – Matem.	0,483	positiva
CDI – ICCAC Ag. Capacidade	-0,281	negativa
CDI – ICCAC Ag. Professor	-0,349	negativa
CDI – ICCAC Ag. Sorte	-0,354	negativa
CDI - PH	-0,369	negativa
CDI - ROS	-0,320	negativa

QUADRO 72 - COEFICIENTES COM MAIOR SIGNIFICÂNCIA ENTRE OS INSTRUMENTOS, BEM COMO ENTRE ESTES E AS NOTAS (AMOSTRA COM INDICADORES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA) (n=44)

FONTE: Dados da amostra (2006)

É importante que sejam feitas, antes de discutidas as relações dos indicadores de sintomatologia depressiva com as crenças autorreferenciadas e o desempenho escolar, algumas comparações acerca dos resultados encontrados nas duas aplicações consecutivas do instrumento CDI: a primeira, com os 322 indivíduos integrantes da amostra, e a segunda, com os 44 indivíduos identificados com sintomatologia depressiva, obtida a partir daquela. Os resultados do CDI encontrados na primeira amostra (n=322) possibilitaram, além de agrupar os indivíduos com indicadores de sintomatologia depressiva (n=44), caracterizar esse grupo maior, como um todo, a partir das especificações do instrumento e às dimensões que o compõem.

Grande parte do segundo grupo apresenta indicadores de sintomatologia depressiva que podem ser considerados não tão severos, assim como os indicadores da amostra total (primeiro grupo). As características mais negativamente abordadas pelos integrantes do primeiro grupo correspondem às maiores médias relativas a algumas das questões que compõem a dimensão *Ineficiência* do CDI. O principal ponto relevante destas questões refere-se à crença de que é necessário um grande esforço para a realização das tarefas escolares e, mesmo com tal empenho, existe a percepção de que os resultados não são satisfatórios como poderiam ser, visualizando-se, por vezes, baixo rendimento acadêmico e poucas perspectivas de sucesso.

Já no segundo grupo as características mais negativamente abordadas correspondem às maiores médias relativas a algumas das questões que compõem a dimensão *Anedonia*: as que versam sobre o sujeito, frequentemente, sentir-se cansado e sozinho. Respectivamente, também são relevantes as médias deste grupo em algumas questões que compõem as dimensões *Ineficiência*, *Autoestima negativa* e *Humor negativo*. Referente às questões mais significativas, quanto à média na dimensão *Ineficiência*, equiparam-se os resultados do segundo grupo aos do primeiro: quando discorrem sobre o rendimento acadêmico e as crenças de sucesso, as respostas subentendem o fato de que este estudantes, muitas vezes, fazem as coisas da maneira errada; acreditam que empregam esforço na realização das tarefas mas que isso não lhe garante o sucesso nas disciplinas acadêmicas. Também, neste segundo grupo ficou evidente a questão, presente na mesma dimensão, que se refere à percepção do sujeito “não ser tão bom quanto os outros” na realização das tarefas em geral. Isso parece combinar com a análise, há pouco realizada, sobre a discrepância entre alguns aspectos das dimensões relativas às crenças sobre relações meios-fins e as crenças de agência neste grupo.

As questões cujas médias no segundo grupo podem ser ressaltadas, correspondentes a certas questões das dimensões *Autoestima negativa* e *Humor negativo* do CDI, já não apareceram como relevantes na primeira amostra. Estas fazem referência à baixa expectativa de sucesso, baixo conceito sobre a própria aparência e alta expectativa sobre eventos ruins. Este resultado também parece combinar com o fato do segundo grupo ter mostrado baixos níveis em vários aspectos das crenças autorreferenciadas.

Comparando-se os resultados dos dois grupos a partir de cada uma das cinco dimensões do CDI (considerando-se todas as questões que compõem cada uma delas), tem-se a seguinte configuração, descrita no Quadro 73. Faz-se importante lembrar que os dois grupos não são amostras independentes; ou seja, como o segundo grupo origina-se do primeiro, a coluna referente ao primeiro abarca aspectos (porém de forma diluída devido à variabilidade da amostra) que serão mostrados, ainda com mais ênfase, no segundo grupo:

Dimensão	Primeiro grupo (n=322)	Segundo grupo (n=44)
Humor negativo	Indicativo de humor não rebaixado. Tristeza, culpa e choro covariam.	Indicativo de humor não rebaixado. Tristeza, choro, culpa e perspectivas de insucesso covariam.
Problemas Interpessoais	Indicativo de bons relacionamentos entre os colegas em ambiente escolar. O autoconceito rebaixado caminha na mesma direção que a baixa qualidade nos relacionamentos entre colegas.	Relacionamentos interpessoais não são percebidos como fonte de problemas. Sugere autoconceito rebaixado caminhando na mesma direção de uma baixa qualidade nos relacionamentos entre colegas. Sentimento frágil de conforto frente às companhias de outras pessoas relacionado à mesma baixa qualidade nestes contatos interpessoais.
Ineficiência	No que diz respeito às exigências do contexto escolar infere-se dificuldade na realização de tarefas escolares tanto partindo do esforço para conseguir bons resultados, quanto do ponto de vista da percepção de não ser tão capaz de um bom rendimento como os colegas. Esforço dispensado na realização de tarefas escolares diretamente proporcional ao rendimento escolar.	No que diz respeito às exigências do contexto escolar indica dificuldade na realização de tarefas escolares tanto do ponto de vista do esforço para conseguir bons resultados quanto da percepção de não ser tão capaz de um bom rendimento como os colegas.
Anedonia	Percepção de sintomas leves. Disposição para diversão dentro e fora da escola proporcional à percepção da quantidade de amigos que o sujeito possui.	Indica sintomas leves relacionados à falta de diversão, funções vegetativas e solidão (poucos amigos).
Autoestima negativa	Presença de boas impressões sobre si mesmo, tanto relacionadas com a capacidade de sucesso quanto relacionadas à aparência. Referências saudáveis de afeto e sentimento de pertencimento são sugeridas. O apreço por si mesmo e a obtenção de sucesso na vida são variáveis que caminham na mesma direção. Também na mesma direção: ideação suicida e baixa autoestima, problemas com aparência, falhas na percepção e sentimentos de afeto. Sentimentos de bem estar e apreço por si mesmo diretamente proporcionais à aparência do sujeito.	Indica dificuldade na obtenção de boas impressões sobre si mesmo, tanto relacionadas com a percepção da capacidade de sucesso quanto relacionadas à aparência; referências saudáveis de afeto e sentimento de pertencimento são sugeridas. Mesma direção entre o apreço por si mesmo e a obtenção de sucesso nas realizações da vida.
Entre dimensões	Fatores relacionados à autoestima diretamente proporcionais aos fatores intrínsecos ao humor dos sujeitos.	Fatores intrínsecos ao humor do indivíduo caminham na mesma direção que a gama de características que subsidiam os relacionamentos interpessoais.

QUADRO 73: COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS POR DIMENSÃO NOS DOIS GRUPOS PESQUISADOS COM O INSTRUMENTO CDI (n=322 e n=44)
FONTE: Dados da amostra (2006)

Quanto às diferenças entre gêneros, o primeiro grupo sugere que as meninas demonstram tendências maiores aos indicadores depressivos que os meninos, especialmente nos resultados que concernem às dimensões *Humor negativo* e *Anedonia*. Já o segundo grupo indica que os meninos têm tendências maiores aos indicadores depressivos que as meninas, especialmente nas dimensões *Problemas interpessoais* e *Autoestima negativa*.

Os resultados encontrados no presente estudo apontam para alguns dos principais fatores predisponentes à manifestação depressiva na infância e na adolescência: aqueles relacionados ao ambiente social e familiar; tendo como consequências alterações de conduta, perda da autoestima, ansiedade, eventuais déficits cognitivos e expectativas negativas para o presente e o futuro. Além disso estes fatores também propiciam o aumento do risco de quadros depressivos na idade adulta (TOOLAN, 1962; BURKS e HARRISON, 1962; SANDLER e JOFFE, 1965; FROMMER, 1967; GLASER, 1967; NISSEN, 1983; SOARES *et al*, 1999; LIPP, 2000; LEMES *et al*, 2003; CALDERARO e CARVALHO, 2005).

4.3.1 Sintomatologia Depressiva, Crenças Autorreferenciadas e Aprendizagem Escolar

Vários estudos sugerem a direção da causalidade na relação depressão-desempenho acadêmico. Observa-se relação significativa entre o rendimento acadêmico, sintomas de ansiedade e sintomas depressivos, encontrando-se o rendimento acadêmico geralmente mais rebaixado nos escolares que apresentam sintomas depressivos. Por um lado, sugere-se que o baixo desempenho acadêmico é uma variável independente que precede a sintomatologia depressiva; por outro lado, alguns estudiosos consideram que o rendimento acadêmico pode ser modificado por fatores emocionais dos indivíduos, considerando-se assim uma variável dependente do estado de humor. Considera-se muitas inconsistências dentre os resultados correlacionais entre as duas variáveis que provavelmente possam ser explicadas pela diversidade de instrumentos utilizados para mensurá-las. Alguns autores têm considerado as dificuldades de aprendizagem como um sintoma integrante da sintomatologia depressiva infantil; outros têm examinado a depressão como causa de dificuldades cognitivas, incluindo as desordens de

aprendizagem (WRIGHT-STRAWDERMAN e WATSON, 1992; CAMPO-ARIAS *et al*, 2005).

A autoimagem e a autopercepção tem sido consideradas variáveis relacionadas com a depressão em crianças e adolescentes, porém não se sabe ainda exatamente como funciona a dinâmica que integra estes fatores. A vida escolar pode ser apontada como um aspecto dos mais fundamentais na manutenção da autoestima durante a adolescência. A autoimagem acadêmica influencia diretamente a autoimagem global do adolescente, razão para possíveis implicações psicopatológicas. Estudos indicam que as crenças emocionais (autorreportadas) sobre a escolarização e a aprendizagem dos indivíduos pesquisados relacionam-se significativa e negativamente com a sintomatologia depressiva (MASI *et al*, 2000).

Estudos ressaltam dados interessantes referentes aos indicadores emocionais, que apresentam, de modo geral, relações com as dificuldades de aprendizagem. Os indivíduos pesquisados apresentaram autoconceito rebaixado, com sentimentos de inadequação e de falta de integração em ambiente acadêmico, associados a dificuldades de comunicação e de relacionamento com os demais, denotando uma possível tendência ao retraimento. São referidos rendimento escolar enfraquecido, avaliação negativa dos amigos, autoestima empobrecida, sensação de fracasso, avaliação negativa dos professores e da família em relação a comportamentos dentro e fora do ambiente acadêmico, bem como afastamento social. Os problemas da área de comportamento apresentados pelas crianças com queixas de dificuldade de aprendizagem referem-se, em geral, a aspectos internos como preocupação, fechamento ou solidão, irritabilidade e insegurança. Alguns destes estudos têm sugerido a presença de manifestações emocionais e comportamentais desadaptadas quando da associação à dificuldades de aprendizagem e fatores afetivos (GRAMINHA, 1994; GRUNSPUN, 1999). Reporta-se distraimento associado à dificuldades na execução de tarefas escolares, observando-se possível queda no rendimento escolar, provavelmente devido à dificuldade de concentração. Tais queixas são caracterizadas, ainda, por sentimentos de culpa e tristeza (BARBOSA e GAIÃO, 1999a). Estes sentimentos são somados aos de desvalia, que incluem avaliações negativas e irrealistas do próprio valor, bem como pensamentos persistentes sobre fracassos presentes e prováveis fracassos futuros, bem como interpretações não adequadas de eventos cotidianos (ARO, 1994; LARSON *et al*, 1990; CURRY *et al*, 1992; NUNES, DÁRIO e

PAULUCCI, 1992). São evidenciadas também parcelas de indivíduos com níveis mais positivos de autoeficácia, os quais já indicam humor menos negativo, sintomas depressivos menos significativos e menor angústia emocional.

O grupo de crianças com indicadores de sintomatologia depressiva que possuem dificuldades de aprendizagem apresentam baixo senso de autoeficácia, considerando-se pouco competentes para a execução de atividades acadêmicas com sucesso. Este padrão de funcionamento é concordante com dados de outros estudos que apontam as relações de baixo senso de autoeficácia com baixo desempenho acadêmico (SCHUNK, 1995; BANDURA *et al*, 1996; PAJARES, 1996; PAJARES e VALIANTE, 1997; MEDEIROS *et al*, 2000).

Pesquisas vêm corroborando a noção de que o autoconceito é um dos principais construtos afetivo-emocionais e um preditor crítico do rendimento acadêmico, sendo que crianças com baixo autoconceito tendem a ter baixo rendimento acadêmico, o que, por sua vez, incrementa a avaliação negativa de si mesmo, mantendo o círculo vicioso. De forma geral, pode-se dizer que vários estudos partilham da afirmativa que conhecimentos e sentimentos positivos dos indivíduos em relação a si próprios repercutem no bom funcionamento individual, na motivação e na forma como os mesmos respondem às demandas de aprendizagem (ARIAS e CABANACH, 1998; ASHMAN e VAN KRAAYENOORD, 1998; ABU-HILAL, 2000). As crianças com sintomatologia depressiva apresentaram um autoconceito global, comportamental, de status intelectual e acadêmico, de ansiedade e de popularidade significativamente rebaixado. Observa-se que crianças com dificuldades escolares se percebem com menor habilidade para aprender e com mais dificuldades comportamentais no sentido de ajustar-se às demandas do meio. O desempenho acadêmico satisfatório para as crianças, no que se refere ao autoconceito e também no que se refere à aceitação por parte dos colegas, professores, familiares e de si própria, é positivamente relacionado a menores indicadores de sintomatologia depressiva e maior autoestima. A criança julga a si mesma de acordo com as observações que faz de si em comparação com os outros e das reações dos outros para com ela.

A fragilidade do autoconceito e problemas de comunicação e de relacionamento interpessoais constituíram características bastante encontradas nas crianças com baixo desempenho acadêmico (CRUZ, 1999; FONSECA, 1995). Ao investigarem fatores que contribuem positivamente para o desempenho acadêmico,

autores vêm apontando também a importância da competência social (CHEN *et al*, 1997; WENTZEL, 1991).

Resultados de outros estudos também demonstraram que os alunos com problemas acadêmicos tinham autoestima mais rebaixada, além de menos consciência de si próprios. Observou-se persistir o padrão de introspecção (mas não de consciência e percepção acurada do ambiente e de si próprio), característico do indivíduo que sofre com os sintomas depressivos, como também o baixo autoconceito (STEINHAUSEN e METZKE, 2000; RICHARDSON *et al*, 1993; ATIENZA *et al*, 2002; KATJA *et al*, 2002).

Por outro lado, ao contrário dos achados dos estudos anteriormente citados, alguns autores não encontraram associação entre rendimento acadêmico e sintomas depressivos. Apontam que as correlações foram significativas entre as variáveis relacionadas às crenças emocionais, mas não às cognitivas, informando que o rendimento acadêmico é, provavelmente, independente de sintomas depressivos com importância clínica. Ressaltam ainda que o baixo rendimento acadêmico é resultado de uma somatória de múltiplos fatores, sendo que os sintomas depressivos podem estar associados a um mau rendimento acadêmico quando se somam a outros fatores predisponentes e se os sintomas informados incluem dificuldade de concentração e lentificação motora, as quais prejudicam as funções cognoscitivas necessárias para uma aprendizagem adequada (CAMPO-ARIAS e COGOLLE, 2007; MASI *et al*, 2001).

A literatura vem também associando autoeficácia positivamente ao desempenho acadêmico e negativamente aos indicadores de sintomatologia depressiva. São observadas crianças com baixo rendimento apresentando baixo senso de autoeficácia, verificando que estas são mais passivas, usam menos estratégias cognitivas e metacognitivas, e apresentam falhas no processo de autorregulação (SCHUNK, 1995; BANDURA *et al*, 1996; MEDEIROS *et al*, 2000; MEDEIROS *et al*, 2003). A crença das crianças em sua eficácia regula o seu próprio aprendizado e a aquisição de seus conhecimentos acadêmicos, o que, por sua vez, contribui para o desempenho acadêmico, promovendo aspirações acadêmicas e comportamentos pró-sociais (BANDURA *et al*, 1996).

Após este resgate de dados da literatura importantes sobre as variáveis em questão no presente estudo, é possível voltar aos resultados aqui obtidos, já que vários deles vão ao encontro do que outros autores vêm apontando.

No que diz respeito aos indicativos do desempenho acadêmico dos estudantes aqui pesquisados – suas médias anuais nas disciplinas de Matemática e Português – pode-se dizer que estas notas, quando correlacionadas aos resultados do CDI, produziram coeficientes de fraca magnitude (respectivamente, $\rho=0,087$ e $\rho=-0,100$), no entanto é importante fazer referência à direção de uma das correlações. Verifica-se que a direção do instrumento de sintomatologia depressiva é contrária à do desempenho acadêmico na disciplina Português, o que parece implicar uma relação complexa entre as características do indivíduo com tendências depressivas e seu desempenho acadêmico. Tentar-se-á considerar, a seguir, alguns dos elementos mediadores desta relação.

Observou-se que as médias nas disciplinas Português e Matemática covariam entre si positiva e significativamente, com moderada magnitude ($\rho=0,483$). Sugere-se, assim, a mesma direção no desempenho das duas disciplinas. Faz-se importante ressaltar, porém, as correlações entre o instrumento ICCAC e as médias nas disciplinas Matemática e Português (respectivamente, $\rho=-0,321$ e $\rho=-0,246$). A primeira delas apresenta relativa maior magnitude (embora ambas sejam ainda consideradas fracas), o que, aparentemente, sugere que a disciplina de Matemática seja mais suscetível às crenças de controle no domínio acadêmico que a de Português, pelo menos para este grupo. Mas o que parece mais significativo neste dado é a direção negativa das correlações, sugerindo que o nível de crença que os estudantes têm em sua capacidade de potencializar os meios necessários para alcançar o sucesso acadêmico – que, conforme se viu na análise das Crenças de Agência, não é muito alto – oferece obstáculos ao poder que para eles, em teoria, tais meios possuem. Dessa forma, mesmo cultivando fortes crenças sobre a Relação Meios-fins Esforço (crença no poder no esforço como estratégia para tirar boas notas), como pôde ser visualizado na Figura 22, os estudantes não conseguem operacionalizar este esforço, terminando com notas baixas. Por isso, a correlação entre a crença e a nota efetivamente tirada acaba por tornar-se negativa neste grupo de sujeitos com sintomatologia depressiva.

Assim sendo, tanto as crenças de agência, quanto o autoconceito e a autoestima rebaixados nos estudantes desta amostra interferem negativamente e

com grande peso na operacionalização das potencialidades dos alunos, contribuindo para o mau desempenho acadêmico nas disciplinas citadas. A falta de repertório afetivo e cognitivo para a autopercepção e a autorregulação no domínio acadêmico, que acarreta a inadequada utilização de estratégias de aprendizagem, podem explicar a discrepância entre as crenças positivas sobre o que é importante para alcançar sucesso no ambiente escolar e os resultados finais alcançados, suposição que vai ao encontro de alguns apontamentos encontrados na literatura (WEINSTEIN e MAYER, 1985; GOOD e BROPHY, 1986; BORUCHOVITCH, 1993). Estratégias cognitivas de autorregulação vêm sendo indicadas como preditores significativos de notas em disciplinas relacionadas ao raciocínio lógico e verbal (NOTA *et al*, 2004; OKANO, LOUREIRO, LINHARES e MARTURANO, 2004).

Embora tenham ocorrido poucas diferenças entre os sexos, notou-se que os meninos tendem a apresentar, com maior frequência, problemas de externalização, que geram conflitos com o ambiente e, geralmente, são marcados por características de desafio, impulsividade, agressão, hiperatividade e desatenção, enquanto as meninas mostram mais problemas de internalização, acarretando distúrbios pessoais, como ansiedade, retraimento, depressão e sentimentos de inferioridade, o que também corrobora aspectos apontados na literatura (SANTOS e GRAMINHA, 2006; MEDEIROS *et al*, 2000; MEDEIROS *et al*, 2003; CAMPOS e MARTURANO, 2003; MULLIS *et al*, 2003).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante os primeiros anos de vida, os pais orientam a aprendizagem dos seus filhos: eles aprendem durante a infância os instrumentos, as atitudes e as noções básicas de seu grupo cultural, além das estratégias que lhes permitem realizar essas aprendizagens. À medida que crescem, as necessidades de aprendizagem das crianças tornam-se mais específicas e mais extensas. É nesse momento que a criança amplia seus relacionamentos, pois além de seu grupo familiar existe agora a escola, significando um mundo novo, onde ela deverá adquirir certo número de conhecimentos, progressivamente mais complexos, que lhe serão necessários para viver e trabalhar em uma determinada sociedade, cujas bases serão fundamentais a seu desenvolvimento futuro. A partir desse momento, ela passa de um sistema de conhecimentos livremente adquiridos para um sistema de conhecimentos fundamentados sobre certo número de regras de aprendizagem.

A escolarização provoca mudanças do ponto de vista afetivo porque a escola implica na separação da família em boa parte do tempo e a aquisição de novas formas de adaptação social, em razão da necessária integração a um grupo novo, em geral heterogêneo e distinto do meio familiar. Os indivíduos podem aceitar a escola seja por interesse, seja pela necessidade de autonomia, ou considerá-la como uma nova aventura e uma possibilidade de travar novas amizades. Não há dúvida, entretanto, que a aprendizagem sobre as diferenças entre meio familiar e escolar nem sempre é fácil, porque não se trata apenas de deixar o grupo parental; trata-se de uma adaptação a um mundo novo, com fórmulas mais rígidas; trata-se de tomar consciência de uma nova realidade, da qual, até certo ponto, a vida de fantasia está excluída; trata-se de assumir as primeiras responsabilidades, até então desconhecidas.

Visto isto, vários fatores entram em ação dentro do ambiente escolar e a adequada interação destes fatores é essencial para que os indivíduos possam ser providos de recursos para um desenvolvimento sadio de sua personalidade, assim como simultaneamente, apresentar um bom desempenho escolar. As instituições escolares devem levar em consideração que cada aluno tem suas peculiaridades, determinadas por sua subjetividade, e que a complexidade do sistema da personalidade, juntamente com a complexidade dos processos de aprendizagem, torna necessariamente complexas as relações entre uma e outra. Assim, o processo

de aprender está intimamente relacionado com as variáveis e processos de personalidade mais influentes e as diferenças individuais fazem com que cada indivíduo reaja de modo peculiar, específico e diferenciado às situações, mesmo que estas pareçam iguais a todos. A aprendizagem depende de padrões cognitivos, afetivos e comportamentais que apresentam grande variabilidade individual. Os estilos cognitivos são padrões diferenciais e individuais de reação, diante da estimulação recebida, do processamento cognitivo da informação, determinando, em última análise, os processos de aprendizagem.

Assim, durante o percurso escolar, as crianças necessitam desenvolver cada vez mais as estratégias autorreguladoras ligadas à capacidade de adaptação individual. Com isso, desenvolvem algumas habilidades que lhes servem como fatores de proteção, sendo uma dessas capacidades o senso de engajamento. Os indivíduos que possuem esta noção são dotados de senso de pertencimento, de propósito, de utilidade, o que lhes torna possível realizar uma ação adequada em um momento oportuno. São indivíduos que possuem bons recursos para fundamentar sua identidade.

O comportamento humano é pautado por normas sociais, as quais se desenvolvem em decorrência da interação entre indivíduos e da necessidade de estabelecer-se uma situação onde possam ocorrer gratificações. Quando uma criança aprende somente sobre a produtividade esperada pelo professor, pela família e pela sociedade em geral, pouco se saberá a respeito das suas reais disposições subjacentes. Por outro lado, quando um aluno apresenta alguma dificuldade em sua escolarização, seu comportamento e suas atitudes tornam-se mais facilmente interpretadas e rotuladas pelos observadores.

A competência social – que envolve a habilidade no trato com os outros, a capacidade de resolver problemas, a percepção de apoio e proteção dados pela família e a crença na habilidade de exercer controle em face de pressão social – é um requisito necessário para desenvolver as práticas autorreguladoras e influenciar o rendimento acadêmico. Comportamentos acadêmicos com pouca autorregulação repercutem sobre a adaptação social do indivíduo. Como tanto o aprendizado acadêmico como a competência social são aspectos autorregulados, a promoção de um desses aspectos irá promover o desenvolvimento do outro. Os contatos interpessoais e a percepção de “ser amado” são condições importantes para um desenvolvimento pessoal saudável. O senso de pertencimento é uma necessidade

de estabelecer e de manter, pelo menos em uma quantidade mínima, relacionamentos duradouros, positivos e significativos. A experiência de pertencer está ligada a processos psicológicos relevantes, como o aumento dos recursos internos disponíveis para enfrentar desafios, situações de fracasso ou de conflito; percepções positivas sobre a própria competência e autonomia; fortalecimento do senso de identidade pessoal e disposição para internalizar e endossar valores sociais relevantes. Está também associada a maiores níveis de motivação intrínseca. No ambiente escolar, o fortalecimento dos recursos internos dos estudantes provenientes da satisfação da necessidade de pertencer, pode representar uma maior envolvimento destes com as atividades de aprendizagem e, conseqüentemente, um melhor desempenho.

A educação muitas vezes privilegia a razão e a lógica, promovendo a separação corpo-mente, o sensorial do racional, o lógico do intuitivo, o concreto do abstrato, o visual do impresso. Enfatiza-se aqui que lidar desta maneira com a educação é uma falácia, pois não existem estados afetivos sem elementos cognitivos, assim como não existam comportamentos puramente cognitivos. Assim, parece incoerente existir duas psicologias, uma da afetividade e outra da inteligência, para explicar os comportamentos – muito embora é isso que esteja, em grande medida, infelizmente acontecendo. Poderia-se pressupor que inteligência e afetividade são diferentes em natureza, mas indissociáveis na conduta do ser humano; a afetividade interfere constantemente no funcionamento da inteligência, estimulando-o ou perturbando-o, acelerando-o ou retardando-o, conforme a necessidade subjetiva do momento.

Afetividade não se restringe às emoções e sentimentos, mas engloba também as tendências e a vontade. A percepção parece possuir uma natureza bastante seletiva, e esta seletividade pode acontecer em função da afetividade: os sentimentos de sucesso e fracasso podem interferir no desempenho e na aprendizagem. A afetividade construída no indivíduo pode torná-lo capaz de criar metas e objetivos; uma meta ou uma finalidade pode ser definida pela afetividade. Porém a afetividade sozinha não sustenta a meta, pois para uma meta ser mantida necessita de um conjunto de meios ou estratégias que permitem buscar alcançá-la; assim sendo, faz-se necessária a interferência das funções cognitivas. Dessa forma, entende-se que a afetividade está intimamente ligada às atividades reguladoras do comportamento.

Muitos profissionais deram origem ao legado que orientou a prática pedagógica até um período recente, sob a ótica de uma visão organicista da aprendizagem e seus problemas. Dentro desta visão, as disfunções orgânicas estariam na origem dos problemas de aprendizagem, possuindo a avaliação pedagógica, apenas uma medida de identificação dos déficits orientando um plano de intervenção, com vistas a suprir tais deficiências. Com a aproximação do século XXI esse panorama começou a mudar. O milênio chegou trazendo enormes alterações em todos os aspectos da vida, com mudanças rápidas no conhecimento, na tecnologia e na informação. O manejo de tais aspectos envolve interações complexas entre pessoas, comunidades, sociedades e culturas. Embora o uso da tecnologia tenha facilitado o acesso ao conhecimento e à informação, o manejo inteligente e eficiente desses processos requer que as pessoas desenvolvam múltiplas competências, independência e capacidade de flexibilização e adaptação. Esse contexto de desenvolvimento impôs novas mudanças na educação no sentido de transformar o panorama da aprendizagem. O foco educacional deslocou-se dos problemas de aprendizagem para as estratégias capazes de promover uma aprendizagem eficiente. A construção do conhecimento passou a ser vista como uma experiência que requer envolvimento e participação ativa dos alunos no sentido de autodirecionamento e autorregulação cognitiva e afetiva para a obtenção de conquistas significativas.

O objetivo da educação é o de promover variadas oportunidades para o desenvolvimento integral da criança, seus talentos e habilidades. Entretanto, o sistema educacional costuma oferecer maiores oportunidades aos estudantes capazes de assimilar as informações de modo mais precoce ou mais rápido; dito de outra forma, aos alunos com melhores performances, são oferecidas mais opções educacionais.

A avaliação frequente dos indivíduos com algum tipo de dificuldade na aprendizagem é extremamente importante, pois através dela poder-se-á obter informações valiosas sobre os processos que regulam a afetividade e o rendimento escolar, proporcionando conhecimentos não somente sobre a cognição, mas também sobre as emoções e os afetos humanos. Muitas vezes a rotulação do próprio sujeito ou dos outros, como depressivo, pode ser considerada de uma ideologia individualista, liberal e fatalista, que atribui todas as responsabilidades de um sofrimento à atitude da pessoa, desconsiderando e desprezando outras

variáveis. Em outras palavras, os fatores ambientais constituídos pelo ambiente físico, social e comportamental em que as pessoas vivem e conduzem sua vida, mesmo sendo externos ao indivíduo, podem ter influência sobre seu desempenho enquanto membros da sociedade, atuando sobre a capacidade do indivíduo de executar ações ou tarefas, ou até mesmo sobre a função ou estrutura do corpo do indivíduo.

Os quadros patológicos que envolvem as emoções é deveras preocupante, haja vista sua complexidade teórico-metodológica e as dificuldades práticas de se lidar com eles. Desde o reconhecimento da depressão como um transtorno emocional evidente em criança, muitos aportes teóricos não têm medido esforços na tentativa de explicar a sua etiologia. E, como cada aluno requer estratégias psicopedagógicas que lhe possibilitem o acesso à herança cultural, ao conhecimento socialmente construído e à vida produtiva, condições essenciais para a inclusão social e o pleno exercício da cidadania devem ser implementadas. Deve-se conceber essas estratégias, contudo, não como medidas compensatórias e pontuais, e sim como parte de um projeto educativo e social de caráter emancipatório e global.

As intenções são os primeiros determinantes da ação, implicando em escolhas, definição de metas e comportamento voltado para a obtenção de objetivos. Desta forma, o sujeito passa da intenção para a ação, atentando para a atividade de tal forma que o permita atingir a meta. Considerar as atividades escolares um desafio e poder tirar proveito das mesmas, para aprendizado pessoal, é essencial para o desenvolvimento do indivíduo. Aprender com os desafios é uma resposta positiva e fortalecedora e inversa à atitude de recolhimento em si mesmo. Os indivíduos que possuem crenças autorreferenciadas positivas, que acreditam controlar alguns agentes internos e externos de maneira saudável em sua vida, a partir de sua vontade, pelas próprias iniciativas e motivações, além de se perceberem positivamente e se apreciarem, são menos suscetíveis a sofrer passivamente com os estresses da vida. Geralmente, as pessoas que não possuem senso de controle julgam-se controladas pelo exterior. A autopercepção e o reconhecimento de si mesmo, desenvolvidos de maneira saudável, vêm sendo considerados essenciais na construção das estratégias, no engajamento no desempenho relativo às exigências do ambiente.

A escola onde foi feita a pesquisa abre portas regularmente para a realização de trabalhos relacionados à educação e à saúde, solicitando e/ou

permitindo que estes sejam desenvolvidos junto ao corpo docente e discente. O que pode definir a presença do psicólogo na Educação é a clareza que ele deve ter sobre as possibilidades e limites da Psicologia aplicada à Educação, entendendo que a ciência psicológica tem conceituações teóricas construídas no seu interior que podem representar contribuições importantes ao processo educacional. Por outro lado, deve compreender também a necessidade de aprofundar o seu conhecimento sobre a rede de multideterminações do fenômeno educacional. Um primeiro passo é considerar, sempre, os processos autorreguladores da cognição e do afeto interferindo na aprendizagem, priorizando a configuração composta por estas duas instâncias em uma totalidade relevante à construção e à manutenção de processos saudáveis de educação e saúde.

REFERÊNCIAS

- ABU-HILAL, M. M. A structural model for predicting mathematics achievement: Its relation with anxiety and self-concept in mathematics. **Psychological Report**, 86 (3Pt 1), 835-847, 2000.
- AGUERRE, M. A. C. Rendimiento académico y depresión. **Archivos de Pediatría del Uruguay**. Montevideo-Urug. 76 (1), p. 6-7, maio/2005.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). DSM-IV-TR™ – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Trad. Cláudia Dornelles, 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- ANDRIOLA, W. B.; CAVALCANTE, L. R. **Avaliação da depressão infantil em alunos da pré-escola**. Psicologia: Reflexão e Crítica, 12 (2), p. 419-428, 1999.
- ARANTES, V. A. Afetividade na escola: alternativas teóricas e práticas. Em M. K. Oliveira; D. Trento & T. Rego (Org.) **Psicologia, Educação e as temáticas da vida contemporânea** (pp.159-174). São Paulo: Moderna, 2002.
- ARIAS, A. V.; CABANACH, R. G. (Coord.) **Psicología de la educación**. Variables personales y aprendizaje escolar. España: Universidad da Coruña, Servicio de Publicaciones, 1998.
- ARO, H. Risk and protective factors in depression: A developmental perspective. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, (89), 59-64, 1994.
- ASHMAN, A. F.; VAN KRAAYENOORD, C. E. Educational characteristics of students with high or low self-concept. **Psychology in the Schools**, 35, 391-400, 1998.
- ATIENZA, F. D.; CUESTA, M. P.; GALÁN, S. L. Relación entre rendimiento académico, síntomas depresivos, edad y género en una población de adolescentes. **Psiquiatria.com**, 6 (2), 2002.
- BAHLS, S. Epidemiologia de sintomas depressivos em adolescentes de uma escola pública em Curitiba, Brasil. **Revista Brasileira de Psiquiatria** 24 (2), 63-67, 2002a.
- BAHLS, S. Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. **J. Pediatr.** 7 (5), Porto Alegre, set./out., 2002b.
- BANDIM, J. M.; SOUGEY, E. B.; CARVALHO, T. C. Depressão em crianças: características demográficas e sintomatologia. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 44, 27-32, 1995.
- BANDIM, I. M.; ROAZZI, A.; DOMÉNECH, E. Rendimiento escolar em crianças com sintomas depressivos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, (47), 353-460, 1998.

BANDURA, A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological Review**, 84, p.191-215, 1977.

BANDURA, A.; BARBARANELLI, C.; CAPRARA, G. V.; PASTORELLI, C. Multifaceted impact of self-efficacy beliefs on academic functioning. **Child Development**, 67, 1206-1222, 1996.

BAPTISTA, M. N. **Depressão e suporte familiar**: perspectivas de adolescentes e suas mães. Dissertação de Mestrado, Curso de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 1997.

BAPTISTA, C. A.; GOLFETO, J. H. Prevalência de depressão em escolares de 7 a 14 anos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, 27 (5), 253-256, 2000.

BARBOSA, G. A.; GAIÃO, A. A. Ansiedade e depressão na infância e adolescência: uma revisão epidemiológica e o uso de instrumentos. **Neurobiologia**, 62 (1), 35-41, 1999a.

BARBOSA, G. A.; GAIÃO, A. A. Ansiedade e depressão infanto-juvenil: um só transtorno? **Pediatria Moderna**, São Paulo, XXXV (1/2), 46-56, 1999b.

BARBOSA, G. A.; LUCENA, A. Depressão Infantil. **Infanto**, 3 (2), 23-30, 1995.

BAUMEISTER, R. F.; VOHS, K. D. **Handbook of self-regulation**: research, theory, and applications. New York/London: The Guilford Press, 2004.

BEANE A.; LIPKA, R. P. Self-concept and self-esteem: A construct differentiation. **Child Study Journal**, 10 (1), 1-6, 1980.

BECK, A. T.; RUSH, A. J.; SHAW, B. F.; EMERY, G. **Terapia cognitiva da depressão**. (V. Ribeiro, Trad.). São Paulo: Zahar, 1982.

BELTEMPO, J.; ACHILE, P. A. The effect of special class placement on the self-concept of children with learning disabilities. **Child Study Journal**, 20, 81-103, 1990.

BLASCOVICH J.; TOMAKA, J. Measures of self-esteem. In J. Robinson, P. Shaver & L. Wrightsman (Eds.), **Measures of personality and social psychological attitude** (Vol.1). California: Academic Press, 1991.

BORUCHOVITCH, E. A Psicologia cognitiva e a metacognição: novas perspectivas para o fracasso escolar brasileiro. **Tecnologia Educacional**, 22 (110/111), 22-28, 1993.

BORUCHOVITCH, E. As variáveis psicológicas e o processo de aprendizagem: uma contribuição para a psicologia escolar. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 10, 129-139, 1994.

BRASIL, Ministério da Educação. Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica. Secretaria de Educação Especial, MEC; SEESP, 1991.

BURKS, H. L.; HARRISON, S. Aggressive behavior as a means of avoiding depression. **American Journal of Orthopsychiatry**, 32, p.416-422, 1962.

BZUNECK, J. A. As crenças de autoeficácia e o seu papel na motivação do aluno. Em J. Bzuneck. **A motivação do aluno: contribuições da psicologia contemporânea** (pp. 116-133). Petrópolis: Vozes, 2003.

CALDERARO, R. S. S.; CARVALHO, C. V. Depressão na infância: um estudo exploratório. **Psicologia em Estudo**, 10 (2), 181-189, 2005.

CAMARGO, D. **As emoções e a escola**. Curitiba: Travessa dos Editores, 2004.

CAMPO-ARIAS, A.; RUEDA, S. J. G.; HERRERA, Z. M. S.; RODRÍGUEZ, D. C.; BAREÑO, C. M. D.; DÍAZ-MARTÍNEZ, L. A. Percepción de rendimiento académico y síntomas depresivos en estudiantes de media vocacional de Bucaramanga, Colombia. **Archivos de Pediatría del Uruguay**, v.76, n.1, Montevideo, 76 (1): 21-26, may/2005.

CAMPO-ARIAS, A.; COGOLLE, Z. Asociación entre síntomas depresivos con importancia clínica y rendimiento académico en Estudiantes de Cartagena, Colombia. **Ciencias de la Salud**, 5 (1), 2007.

CAMPOS, M. A. S.; MARTURANO, E. M. Competência interpessoal, problemas escolares e a transição da meninice à adolescência. **Paidéia - Cadernos de Psicologia e Educação**, 13, 73-84, 2003.

CARDOSO, P.; RODRIGUES, C.; VILAR, A. Prevalência de Sintomas Depressivos em Adolescentes Portugueses. **Análise Psicológica**, 4 (22), 667-675, 2004.

CHEN, X.; DONG, Q.; ZHOU, H. Authoritative and authoritarian parenting practices and social and school performance in Chinese children. **International Journal of Behavioral Development**, 21 (4), 885-873, 1997.

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: Ed. da Universidade de São Paulo, 2003.

Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento do CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Organização Mundial da Saúde. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

CLEVER, A.; BEAR, G.; JUVONEN, J. Discrepancies between competence and importance in self-perceptions of children in integrated classes. **The Journal of Special Education**, 26, 125-138, 1992.

COLL, C.; MARCHESI, A.; PALACIOS, J. **Desenvolvimento psicológico e educação: transtornos do desenvolvimento e necessidades educativas especiais**. (2 ed.) Porto Alegre: Artmed, 2004.

CONTINI, M. L. J. **O psicólogo e a promoção da saúde na Educação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

COOPERSMITH, S. **The antecedents of self-esteem**. San Francisco, CA: W. H. Freeman, 1967.

COSTA, C. R. Psicologia escolar e educacional e a escolarização em descaso. **Revista Contato**, (127), 17-18, 2004.

COUTINHO, M. P. L. **Uso de técnicas projetivas na apreensão de representações sociais da sintomatologia da depressão infantil**. Tese de Doutorado, Curso de Pós-graduação em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

CRUVINEL, M.; BORUCHOVITCH, E. Sintomas depressivos, estratégias de aprendizagem e rendimento escolar de alunos do ensino fundamental. **Psicologia em Estudo**, 9 (3), 369-378, 2004.

CRUZ, V. **Dificuldades de aprendizagem**: fundamentos. Porto: Porto Editora, 1999.

CURRY, J. F.; MILLER, Y.; WAUGH, S.; ANDERSON, W. B. Coping responses in depressed, socially maladjusted and suicidal adolescents. **Psychological Reports**, 71 (1), 80-82, 1992.

DALBEN, A. I. L. F. Prevenção da depressão na infância: a criança escolar. Em I. R. S. LIPPI. **Depressão na Infância** (pp. 161-176). Belo Horizonte: Biogalênica, 1985.

DAMÁSIO, A. R. **O erro de Descartes**: emoção, razão e cérebro humano. São Paulo: Cia das Letras, 1996.

DANCEY, C.; REIDY, J. **Estatística sem matemática para Psicologia**: usando SPSS para Windows. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DECI, E. L.; RYAN, R. M. **Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior**. New York: Plenum, 1985.

DECI, E. L.; KOESTNER, R.; RYAN, R. M. A meta-analytic review of experiments examining the effects of extrinsic rewards on intrinsic motivation. **Psychological Bulletin**, 125, 627-668, 1999.

DELL'AGLIO, D. D.; HUTZ, C. S. Depressão e desempenho escolar em crianças e adolescentes institucionalizados. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 17 (3), 351-357, 2004.

DIDIER, J. D. **Histoire de la psychiatrie de l'enfant**. Paris: PUF, 1990.

EZPELETA, L. Características diferenciales de los niños com puntuaciones extremas em el Children's Depression Inventory. **Estudos de Psicologia**, 44, 195-205, 1990.

FIERRO, A. Personalidade e aprendizagem no contexto escolar. Em C. Coll, J. Palácios, A. Marchesi (Eds.), **Desenvolvimento psicológico e educação: Psicologia da educação** (pp. 155-160). Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

FONSECA, V. **Introdução às dificuldades de aprendizagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

FOREST, G.; LAYTON, F. R.; KONINCK, J. Polysomnographie, chronobiologie et approche cognitive dans le traitement de la depression majeure. **Canadian Psychology / Psychologie Canadienne**, 43 (3), 139-152, 2005.

FROMMER, E. A. Treatment of childhood depression with anti-depressant drugs. **British Medical Journal**, (1), 729-732, 1967.

GLASER, K. Masked depression in children and adolescents. **American Journal of Psychotherapy**, 21, 565-574, 1967.

GOLFETO, J. H.; VEIGA, M. H.; SOUZA, L.; BARBEIRA, C. Propriedades psicométricas do Inventário de Depressão Infantil (CDI) aplicado em uma amostra de escolares de Ribeirão Preto. **Revista Psiquiatria Clínica**, 29 (2), 66-70, 2002.

GOLFETO, J. H.; D'OLIVEIRA, A. B. Estudo da prevalência de sintomatologia depressiva e do risco suicida em escolares de Ribeirão Preto avaliados pelo CDI. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 26 (1), 68-69, mar. 2004.

GOOD, T. L.; BROPHY, J. E. **Educational psychology: a realistic approach**. White Plains, N. Y.: Longman, 1986.

GOUVEIA, V. V.; BARBOSA, G. A.; ALMEIDA, H. J. F.; GAIÃO, A. A. Inventário de depressão infantil - CDI: estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, (44), 345-349, 1995.

GRAMINHA, S. S. V. Problemas emocionais/comportamentais em uma amostra de escolares: incidência em função do sexo e idade. **Psico**, 25, 49-74, 1994.

GRUNSPUN, H. **Crianças e adolescentes com transtornos psicológicos e do desenvolvimento**. São Paulo: Atheneu, 1999.

GUILLAND, R.; KÖRBES, J. M.; HERNANDEZ, J. A. Ansiedade, depressão e desempenho escolar na adolescência. **Aletheia**, (11), 29-40, 2000.

HAR, C.W. **Personal Agency Beliefs in Self-Regulation: The Exercise of Personal Responsibility, Choice, and Control in Learning**. Marshall Cavendish Academic: N.Y.-London, 2006.

HASSIBI, S. C. M. **Princípios e prática da Psiquiatria Infantil**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

HOLLEN, E. A.; THASE, M. E.; MARKOWITZ, J.C. Tratamento da depressão: medicação ou psicoterapia? **Viver Mente e Cérebro**, São Paulo, (146), 56-61, 2005.

JACOB, A. V.; LOUREIRO, S. R. **O autoconceito e o desempenho escolar** [Resumos]. Em: Sociedade Brasileira de Psicologia (Org.), Anais, XXIX Reunião de Psicologia (p.165). Campinas, SP: SBP, 1999.

JACKSON, L. D.; BRACHEN, B. A. Relationship between students' social status and global domain: Specific self-concepts. **Journal of School Psychology**, 36, 233-246, 1998.

KATJA, R.; PÄIVI, A-K.; MARJA-TERTTU, T.; PEKKA, L. Relationship among adolescent subjective well-being, health behavior, and school satisfaction. **Journal School Health**; 72: 243-9, 2002.

KOVACS, M.; BECK, A. T. An empirical clinical approach toward the definition of childhood depression. In: J. G. Schulterbrandt; A. Raskin (Ed.). **Depression in childhood**. New York: Raven Press, 1-25, 1977.

KOVACS, M. The Children's Depression Inventory. **Psychopharmacology Bulletin**, 12, 955-998, 1985.

LARSON, R. W.; RAFFAELLI, M.; RICHARDS, M.H.; HAM, M.; JEWELL, L. Ecology of depression in late childhood and early adolescence: A profile of daily states and activities. **Journal of Abnormal Psychology**, 99, p. 92-102, 1990.

LEMES, S. O.; FISBERG, M.; ROCHA, G. M.; FERRINI, L. G.; MARTINS, G.; SIVIERO, K.; ATAKA, M. A. Stress infantil e desempenho escolar – avaliação de crianças de primeira a quarta séries de uma escola pública do município de São Paulo. **Estudos de Psicologia**, 20 (1), 5-14, 2003.

LEONDARI, A. Comparability of self-concept among normal achievers, low achievers and children with learning difficulties. **Educational Studies**, 19, 357-371, 1993.

LEVENSON, H. Differentiating among internality, powerful others, and chance. In: H. M. Lefcourt (Org.). **Research with the Locus of Control construct**, (Vol. 1). New York: Academic Press, 1981.

LIMA, D. Depressão e doença bipolar na infância e adolescência. **Jornal de Pediatria**, 80 (2) supl., S11-S20, 2004.

LINHARES, M. B. M.; PARREIRA, V. L. C.; MARTURANO, A. C.; SANT'ANNA, S. C. Caracterização dos motivos da procura de atendimento infantil em um serviço de psicopedagogia clínica. **Medicina Ribeirão Preto**, 26, 148-160, 1993.

LIPP, M. E. N. (Ed.). **Crianças estressadas: causas, sintomas e soluções**. Campinas, SP: Papirus, 2000.

LOOS, H.; NERI, A. L. O que é preciso para ir bem na escola? Concepções de controle em crianças da escola elementar. **Anais da 30ª Reunião da Sociedade Brasileira de Psicologia**, Brasília, DF, 2000.

LOOS, H. **Atitude e desempenho em matemática, crenças auto-referenciadas e família: uma path-analysis**. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM IV. 3ª. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

MARTINELLI, S. C.; BORGES, T. P. Desempenho acadêmico e integridade do ego. **Psicologia: Revista da Vetor Editora**, 7 (1), S.P., junho, 2006.

MASI, G.; SBRANA, B.; POLI, P.; TOMAIUOLO, F.; FAVILLA, L.; MARCHESCHI, M. Depression and school functioning in non-referred adolescents: A pilot study. **Journal Child Psychiatry and Human Development**, 30 (93), 161-171, March, 2000.

MASI, G.; TOMAIUOLO, F.; SBRANA, B.; POLI, P.; BARACCHINI, G.; PRUNETI, C. A.; FAVILLA, L.; FLORIANI, C.; MARCHESCHI, M. Depressive symptoms and academic self-image in adolescence. **Psychopathology**, 34, 57-61, 2001.

MC DAVID, J. W. **The Self in the Enviroment**. In: The Encyclopedia of Human Development and Education (Theory, Research and Studies). Murray Thomas (Ed.): Pergamon Press, 1990.

MEDEIROS, P. C.; LOUREIRO, S. R.; LINHARES, M. B. M.; MARTURANO, E. M. A Autoeficácia e os aspectos comportamentais de crianças com dificuldade de aprendizagem. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 13 (3), Porto Alegre, 2000.

MEDEIROS, P. C.; LOUREIRO, S. R.; LINHARES, M. B. M.; MARTURANO, E. M. O senso de autoeficácia e o comportamento orientado para a aprendizagem em crianças com queixa de dificuldade de aprendizagem. **Estudos de psicologia**, 8 (1), Natal, jan./abr., 2003.

MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Vozes: Petrópolis, 2004.

MIRAS, M. Um ponto de partida para a aprendizagem de novos conteúdos: os conhecimentos prévios. Em: COLL, C. (Org.). **O construtivismo na sala de aula**. São Paulo: Artmed, 1996.

MOURA, D. O. **Saúde não se dá, conquista-se**. São Paulo: Hucitec, 1989.

MULLIS, R. L.; RATHGE, R.; MULLIS, A. K. Predictors of academic performance during early adolescence: A contextual view. **International Journal of Behavioral Development**, 27 (6), 541-548, 2003.

MURRAY, C.J.L.; LOPEZ, A.D. (Ed.). **The Global Burden of Disease**. Geneva: World Health Organization, 1996.

NERI, A. L.; PELLONI, A. C. Estudo exploratório das concepções de controle sobre o desempenho acadêmico em crianças bem e mal sucedidas na escola. Relatório Científico UNICAMP/CNPq. Manuscrito não-publicado, 1996.

NISSEN, G. **Depressiones em la infância y la adolescência**. Triângulo, 21 (2-3), 77-83, 1983.

NOTA, L.; SORESI, S.; ZIMMERMAN, B. J. Self-regulation and academic achievement and resilience: A longitudinal study. **International Journal of Educational Research**, 41, 198-251, 2004.

NUNES, S. O. V.; DARIO, J.; PAULUCCI, I. Avaliação familiar de distúrbios mentais em depressões infanto-juvenis. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 41 (8), 411-415, 1992.

OKANO, C. B.; LOUREIRO, S. R.; LINHARES, M. B. M.; MARTURANO, E. M. Crianças com dificuldades escolares atendidas em programa de suporte psicopedagógico na escola: avaliação do autoconceito. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 17 (1), 121-128, 2004.

OLIVEIRA, G. C. Autoconceito do adolescente. Em F. F. Sisto; G. C. Oliveira & L. D. T. Fini (Orgs.). **Leituras de Psicologia para a formação de professores**. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

OMS – Organização Mundial da Saúde. Constituição da OMS. Genebra, 1946.

PAJARES, F. Self-efficacy beliefs in academic settings. **Review of Educational Research Winter**, 66, 543-578, 1996.

PAJARES, F.; VALIANTE, G. The predictive and mediational role of the writing self-efficacy beliefs of upper elementary students. **Journal of Educational Research**, 90, 353–360, 1997.

PAPAZIAN, B.; MANZANO, J.; PALACIOS, F. Les syndromes dépressives chez l'enfant. **Neuropsychiatrie de l'enfance**, 40 (1), 01-12, 1992.

PARRAGA, J. P. Depresión Infantil y la escuela. Em Doménech, E.; Polaino, A. (Eds.), **Epidemiología de la depresión infantil**. Barcelona: Expaxs, 1988.

PIERS, E. V.; HARRIS, D. B. **Piers-Harris Children's Self-concept Scale -Revised Manual**. Los Angeles: Counselor Psychological Tests, Western Psychological Services, 1984.

PINHEIRO, M. Aspectos históricos da Neuropsicologia: subsídios para a formação de educadores. **Educar**, (25), 175-196, 2005.

QUEIROZ, E. A. Tratamento da depressão na infância: aspectos bioquímicos da depressão. Em I. R. S. LIPPI. **Depressão na Infância** (pp. 111-134). Belo Horizonte: Galênica, 1985.

RASKIN, A. **Depression in childhood**: Diagnosis, treatment and conceptual models. New York: Raven Press, 1977.

RICHARDSON, J. L.; RADZIESZEWSKA, B.; DENT, C. W.; FLAY, B. R. Relationship between afterschool care of adolescents and substance use, risk taking, depressed mood, and academic achievement. **Pediatrics**, 92 (1), 32-8, 1993.

ROSENBERG, M. **Society and the adolescent self-image**. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1965.

ROTTER, J. B. Internal vs. external control of reinforcement: a case history of a variable. **American Psychologist**, 45, 489-493, 1990.

SANDLER, J.; JOFFE, W. G. Notes on childhood depression. **Internacional Journal of Psychoanalysis**, (46), 88-96, 1965.

SANTOS, P. L.; GRAMINHA, S. S. V. Problemas emocionais e comportamentais associados ao baixo rendimento acadêmico. **Estudos de Psicologia**, 11 (1), 101-109, 2006.

SAPOLSKY, R. M. The possibility of neurotoxicity in the hippocampus in major depression: a primer on neuron death. **Biological Psychiatry**, 48 (8), 455-765, 2000.

SCHUNK, D. H. Self-efficacy and education and instruction. In J. E. Maddux (Org.), **Self-efficacy, adaptation, and adjustment: Theory, research, and application** (pp. 281-301). New York: Plenum Press, 1995.

SKINNER, E. A.; CHAPMAN, M.; BALTES, P. B. **The Control, Agency and Means-ends Interview (CAMI)** (English and German versions) Technical Report. Berlin: Max Planck Institute for Human Development and Education, 1983.

SKINNER, E. A. **Perceived Control, Motivation and Coping**. Thousand Oaks, CA: Sage, 1995.

SISTO, F. F.; MARTINELLI, S. C. O papel das relações sociais na compreensão do fracasso escolar e das dificuldades de aprendizagem. In F. F. Sisto; S. C. Martinelli (Orgs.) **A afetividade e dificuldades de aprendizagem** (pp. 13-30). São Paulo: Vetor, 2006.

SOARES, K.; ALMEIDA-FILHO, N.; COUTINHO, E. S. F.; MARI, J. Sintomas depressivos entre adolescentes e adultos de uma amostra populacional de três centros urbanos brasileiros: análise dos dados do estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica. **Revista de Psiquiatria Clínica**, 26 (5): 218-224, 1999.

STAHL, S. M. Depressão. Em Stahl, S. M. **Psicofarmacologia** (pp. 111-147). Rio de Janeiro: Medsi, 1998.

STEINHAUSEN, H. C.; METZKE, C. W. The General Depression Scale in diagnosis of adolescents. **Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie**. 49 (6), 419-34, jul – aug. 2000.

STEVANATO, I. S.; LOUREIRO, S. R.; LINHARES, M. B. M.; MARTURANO, E. M. Autoconceito de crianças com dificuldades de aprendizagem e problemas de comportamento. **Psicologia em Estudo**, 8 (1), 67-76, 2003.

TAPIA, J. A.; GARCIA-CELAY, I. M.. Motivação e aprendizagem escolar. In: COOL, C.; PALACIOS, J.; MARCHESI, A. **Desenvolvimento psicológico e educação: psicologia da educação**. v. 2. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

TOOLAN, J. M. Depression in children and adolescents. **American Journal of Orthopsychiatry**, 32, 404-415, 1962.

VASCONCELOS, M. S. Afetividade na escola: alternativas teóricas e práticas. **Educação & Sociedade**, 25 (87), 616-620, 2004.

VISCA, J. **Psicopedagogia: novas Contribuições**. Trad. Andréia de Assis Peixoto e Maia Isabel Peixoto. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1991.

WEISTEIN, C. E.; MAYER, R. E. The teaching of learning strategies. In: M. Wittrock (Org.), **Handbook of research on teaching** (pp. 315-327). N. Y.: Macmillan, 1985.

WENTZEL, K. R. Relations between social competence and academic achievement in early adolescence. **Child Development**, 62, 1066-1078, 1991.

WRIGHT-STRAWDERMAN, C.; WATSON, B. L. The prevalence of depressive symptoms in children with learning disabilities. **Journal of Learning Disabilities**, 25 (4), 258-264, 1992.

ANEXO 1**Instrumento de Pesquisa - Inventário de Depressão Infantil (CDI)**

DATA: ____/____/____

SÉRIE: _____

NOME: _____

ENDEREÇO: _____

TEL: _____

IDADE: _____ DN: ____/____/____ SEXO: _____

ESCOLHA AS FRASES QUE DESCREVEM SEUS SENTIMENTOS E SEUS PENSAMENTOS NAS ÚLTIMAS SEMANAS!

1. ☐ () Eu fico triste de vez em quando
☐ () Eu fico triste muitas vezes
☐ () Eu fico triste o tempo todo
2. ☐ () Nada nunca vai dar certo para mim
☐ () Não tenho certeza se as coisas vão dar certo para mim
☐ () Vai dar tudo certo para mim
3. ☐ () Eu faço quase tudo certo
☐ () Muitas coisas eu faço errado
☐ () Eu faço tudo errado
4. ☐ () Eu me divirto com muitas coisas
☐ () Eu me divirto com algumas coisas
☐ () Não me divirto com nada
5. ☐ () Eu sou ruim o tempo todo
☐ () Muitas vezes eu sou ruim
☐ () Eu sou ruim uma vez ou outra
6. ☐ () Eu penso que as coisas ruins possam acontecer comigo uma vez ou outra
☐ () Eu fico preocupado que as coisas ruins aconteçam comigo
☐ () Eu tenho certeza que coisas horríveis vão acontecer comigo
7. ☐ () Eu me detesto
☐ () Eu não gosto de mim
☐ () Eu gosto de mim
8. ☐ () Todas as coisas ruins acontecem por minha culpa
☐ () Muitas coisas ruins acontecem por minha culpa
☐ () As coisas ruins geralmente não acontecem por minha culpa

9. () Eu não penso em me matar
() Eu penso em me matar, mas não faria isso
() Eu quero me matar
10. () Tenho vontade de chorar todos os dias
() Muitos dias eu tenho vontade de chorar
() Tenho vontade de chorar uma vez ou outra
11. () Tem sempre uma coisa me aborrecendo
() Muitas vezes tem uma coisa me aborrecendo
() Uma vez ou outra tem alguma coisa me aborrecendo
12. () Eu gosto de estar com outras pessoas
() Muitas vezes eu não gosto de estar com outras pessoas
() Eu não tenho vontade de estar com ninguém
13. () Eu não consigo me decidir sobre nada
() É difícil tomar decisões
() Eu me decido sobre as coisas facilmente
14. () Minha aparência é legal,
() Tem muitas coisas que eu não gosto na minha aparência
() Eu sou feio(a)
15. () Eu tenho sempre que me esforçar para fazer minhas tarefas escolares
() Muitas vezes eu tenho que me esforçar para fazer minhas tarefas escolares
() Não tenho problemas para fazer minhas tarefas escolares
16. () Tenho problema para dormir todas as noites
() Muitas vezes tenho problema para dormir
() Eu durmo bem
17. () Eu fico cansado(a) uma vez ou outra
() Muitas vezes eu fico cansado(a)
() Estou sempre cansado(a)
18. () Na maioria dos dias eu não estou a fim de comer
() Muitos dias eu não estou a fim de comer
() Eu como bem
19. () Não me preocupo com dores
() Muitas vezes eu me preocupo com dores
() Eu sempre me preocupo com dores
20. () Eu não me sinto sozinho
() Muitas vezes eu me sinto sozinho
() Eu sempre me sinto sozinho

21. () Nunca me divirto na escola
() Só me divirto na escola uma vez ou outra
() Muitas vezes me divirto no escola
22. () Eu tenho muitos amigos
() Eu tenho muitos amigos, mas queria ter mais
() Eu não tenho amigos
23. () Meu rendimento na escola está bom
() Meu rendimento na escola não está tão bom como antes
() Estou indo mal em matérias nas quais eu ia bem
24. () Nunca vou ser tão bom quanto os outros
() Se eu quiser posso ser tão bom quanto os outros
() Sou tão bom quanto os outros
25. () Ninguém me ama de verdade
() Não tenho certeza se alguém me ama
() Tenho certeza que alguém me ama
26. () Eu, geralmente, faço o que me mandam fazer
() Eu, geralmente, não faço o que me mandam fazer
() Eu nunca faço o que me mandam fazer
27. () Eu me dou bem com as pessoas
() Muitas vezes eu me meto em brigas
() Eu me meto em brigas o tempo todo

ANEXO 2

Instrumento de Pesquisa - Escala Piers-Harris de Autoconceito (PH)

(Categorias “sim” e “não” de respostas)

1. Meus colegas fazem gozações de mim.
2. Eu sou uma pessoa feliz.
3. É difícil para eu fazer amigos.
4. Muitas vezes eu estou triste.
5. Eu sou esperto.
6. Eu sou tímido.
7. Eu fico nervoso quando a professora me chama.
8. A minha aparência me incomoda.
9. Quando eu crescer, eu serei uma pessoa importante.
10. Eu fico preocupado quando nós temos provas na escola.
11. Eu não sou muito admirado na escola.
12. Eu me comporto bem na escola.
13. Geralmente a culpa é minha quando alguma coisa dá errado.
14. Eu causo problemas para minha família.
15. Eu sou forte.
16. Eu tenho boas idéias.
17. Eu sou alguém importante na minha família.
18. Eu sempre quero do meu jeito.
19. Eu sou bom para fazer coisas com minhas mãos.
20. Eu desisto facilmente.
21. Eu sou bom em meus trabalhos da escola.
22. Eu faço muitas coisas ruins.
23. Eu sei desenhar bem.
24. Eu sou bom em música.
25. Eu me comporto mal em casa.
26. Eu sou lento em terminar o meu trabalho de escola.
27. Eu sou alguém importante na minha classe.
28. Eu sou nervoso.
29. Eu tenho olhos bonitos.
30. Eu consigo falar bem na frente da classe.
31. Na escola, eu fico no mundo da lua.
32. Eu atormento meu(s) irmão(s) e irmã(s).
33. Meus amigos gostam das minhas idéias.
34. Eu geralmente me meto em encrenca.
35. Eu sou obediente em casa.
36. Eu tenho sorte.
37. Eu sou muito preocupado.
38. Meus pais esperam muito de mim.
39. Eu gosto de ser do jeito que eu sou.
40. Eu me sinto “por fora” das coisas.
41. Eu tenho um cabelo bonito.
42. Muitas vezes eu me ofereço como voluntário na escola.
43. Eu gostaria de ser diferente.

44. Eu durmo bem à noite.
45. Eu odeio escola.
46. Eu sou um dos últimos a ser escolhido nas brincadeiras.
47. Eu fico doente bastante.
48. Eu sou frequentemente mau com as pessoas.
49. Meus colegas de escola acham que eu tenho boas idéias.
50. Eu sou infeliz.
51. Eu tenho muitos amigos.
52. Eu sou alegre.
53. Eu não sei muitas coisas.
54. Eu sou bonito.
55. Eu tenho muita energia.
56. Eu entro em muitas brigas.
57. Eu sou popular com os meninos.
58. As pessoas me atormentam.
59. Minha família está triste comigo.
60. Eu tenho um rosto agradável.
61. Quando eu tento fazer alguma coisa, tudo parece dar errado.
62. Eu sou atormentado em casa.
63. Eu sou um líder em brincadeiras e esportes.
64. Eu sou desajeitado.
65. Nos jogos e esportes, eu assisto ao invés de jogar.
66. Eu esqueço o que eu aprendo.
67. É fácil conviver comigo.
68. Eu perco a paciência facilmente.
69. Eu sou popular com as meninas.
70. Eu leio bem.
71. Eu prefiro trabalhar sozinho do que em grupo.
72. Eu gosto do meu irmão(ã).
73. Eu tenho um corpo bonito.
74. Muitas vezes eu sou medroso.
75. Eu sempre estou derrubando ou quebrando as coisas.
76. As pessoas confiam em mim.
77. Eu sou diferente das outras pessoas.
78. Eu tenho maus pensamentos.
80. Eu sou uma boa pessoa.

ANEXO 3

Instrumento de Pesquisa - Escala Rosenberg de Autoestima (ROS)

(Categorias “concordo” e “discordo” de respostas)

- 1) Acho que sou uma pessoa de muito valor.
- 2) Eu acho que tenho várias boas qualidades.
- 3) Muitas vezes eu acho que sou um fracasso.
- 4) Eu sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das outras pessoas.
- 5) Eu não tenho motivo para me orgulhar de mim mesmo(a).
- 6) Eu tenho um sentimento positivo em relação a mim mesmo(a).
- 7) De maneira geral, eu estou satisfeito comigo mesmo(a).
- 8) Eu não sinto muito respeito por mim mesmo(a).
- 9) Algumas vezes eu me sinto inútil.
- 10) Às vezes eu acho que não sou tão capaz quanto deveria ser.

ANEXO 4

Instrumento de pesquisa: Inventário de Crenças de Controle, Agência e Competência - Domínio Acadêmico (ICCAC)

(Categorias "sempre", "às vezes", "quase nunca" e "nunca" de respostas)

1. Eu me esforço para prestar atenção a tudo o que o professor diz em sala de aula.
2. Quando alguém aprende as coisas com facilidade é porque tem sorte.
3. Meus professores não gostam de mim.
4. Quando os alunos compreendem rapidamente o que o professor está ensinando é porque são inteligentes.
5. Meus professores me ajudam a perceber no que eu posso melhorar na escola.
6. Eu não me esforço muito para prestar atenção a tudo o que o professor explica.
7. Por mais que eu me esforce, eu não consigo aprender coisas difíceis.
8. Quando o professor me faz uma pergunta e eu erro, é porque tive azar.
9. Quando as crianças demoram para compreender o que o professor está ensinando é porque não são inteligentes.
10. Se eu vou mal na escola é porque eu não sou inteligente.
11. Tirar notas baixas é uma questão de falta de sorte.
12. É difícil entender porque alguém responde certo quando o professor faz uma pergunta complicada.
13. Se eu decido que não vou tirar notas baixas, eu não tiro.
14. Quando a matéria é difícil, eu me esforço ao máximo para tirar notas altas.
15. Quando alguém tem dificuldade para aprender é porque não tem sorte.
16. Quando eu vou mal nas provas é porque não tomei cuidado para não cometer erros.
17. Quando eu resolvo aprender alguma coisa muito difícil, eu consigo.
18. Quando eu tiro notas baixas é por azar.
19. Se eu decido que não vou fazer nada de errado (por exemplo, em um teste de matemática ou em um ditado), eu não erro.
20. Meus professores gostam de mim.
21. Quando um aluno vai mal na escola é porque não tem capacidade suficiente.
22. Quando os alunos não vão bem na escola é por causa dos seus professores.
23. Quando os alunos não conseguem aprender direito, é porque não se esforçaram o bastante.
24. Quando um aluno vai bem em uma matéria difícil, é porque se esforçou para aprender.
25. Quando o professor faz uma pergunta para algum aluno e ele erra é porque não é inteligente.
26. Quando um aluno vai bem na escola é porque é inteligente.
27. Quando o professor faz uma pergunta e algum aluno acerta é porque é inteligente.
28. Quando os alunos não conseguem entender o que o professor explica, é porque não prestaram suficiente atenção.
29. Quando os alunos conseguem boas notas na escola é difícil saber qual a razão.
30. É difícil entender porque um aluno vai mal numa matéria em que costuma ir bem.
31. Quando os alunos conseguem compreender o que o professor explica, é porque prestaram bastante atenção.

32. Quando eu vou bem nas provas é porque eu trabalhei com cuidado para não errar.
33. Eu consigo resolver os problemas corretamente (por exemplo, em matemática) sem muito esforço.
34. Quando o professor me faz alguma pergunta e eu acerto, é porque a sorte ajudou.
35. Os alunos vão bem na escola porque os professores dão um empurrãozinho.
36. Tirar notas boas é uma questão de sorte.
37. Quando os alunos cometem erros nas provas é porque não trabalharam com atenção.
38. Quando os alunos vão bem na escola é por causa dos seus professores.
39. Mesmo sabendo que se eu não me esforçar não conseguirei tirar notas boas, eu não consigo estudar.
40. É difícil saber a razão de um aluno acertar tudo numa prova de matemática.
41. Quando os alunos tiram notas boas é porque se dão bem com os professores.
42. Quando eu tenho dificuldade para aprender, é por azar.
43. Eu acho que não adianta eu me esforçar para ir bem nas provas, porque eu não tenho mesmo capacidade.
44. Se um aluno não vai bem na escola é porque não se dá bem com os seus professores.
45. Se eu tiro notas boas é porque sou sortudo.
46. Às vezes eu sei que vou tirar nota baixa, mas não consigo fazer nada para evitar isso.
47. Quando os alunos têm problemas na escola é porque os professores não ajudam.
48. Quando um professor faz uma pergunta a um aluno e ele acerta, é porque teve sorte.
49. Não é fácil conseguir que os professores me ajudem quando eu preciso.
50. Quando eu aprendo com facilidade é por sorte.
51. Meus professores me ajudam quando eu preciso.
52. Meus professores não me orientam quanto ao que eu preciso fazer para melhorar na escola.
53. Quando o professor faz uma pergunta a um aluno e ele erra, é porque teve azar.
54. Quando os alunos acertam nas provas é porque trabalharam com atenção.
55. Tirar notas boas não depende de mim.
56. Por mais que eu me esforce, eu não consigo resolver alguns problemas (por exemplo, em matemática).
57. Se eu vou bem na escola é porque eu sou inteligente.
58. Eu não preciso me esforçar muito para ir bem nas provas.
59. É difícil saber porque alguém erra quando o professor lhe faz uma pergunta.
60. Quando um aluno comete muitos erros em um teste (por exemplo, de matemática), é difícil saber a razão.